

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Logopedická intervence u dospělých osob s dyslalií

Speech therapy intervention of adults with dyslalia

Kateřina Sudová

Vedoucí práce: Mgr. Marie Komorná  
Studijní program: Speciální pedagogika  
Studijní obor: Speciální pedagogika

## **Prohlášení**

Odevzdáním této diplomové práce na téma *Logopedická intervence u dospělých osob s dyslalií* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 18. 4. 2019

.....

## **Poděkování**

*Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Marii Komorné za její cenné rady, podnětné připomínky a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Dále děkuji klinické logopedce Mgr. Michaele Černé za umožnění účasti na logopedických sezeních s klienty a odborné vedení. Stejně tak si vážím spolupráce a vstřícnosti účastníků výzkumného šetření a osobní podpory mého okolí při vytváření této práce.*

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá logopedickou intervencí u dospělých s dyslalií. Vymezuje teoretické základy týkající se komunikace a řeči, narušené komunikační schopnosti, oboru logopedie a specifik práce s dospělými. Dále ve zkratce popisuje nejčastější typy narušené komunikační schopnosti u lidí z období adolescence, dospělosti i senia, jimiž jsou dle statistik afázie, dysartrie, balbuties a dyslalie. Hluběji se zaměřuje právě na patologickou výslovnost neboli dyslalii. Ta zastává hlavní část teoretického celku, kde je detailně popsána nejen její terapie. Z důvodu nejčastějšího výskytu byla reedukace zaměřena na dyslalii hlásek *r* a *ř*, tedy rotacismus a rotacismus bohemicus. Hlavním záměrem práce je popsat průběh reedukace u dospělých s dyslalií, najít důvody pro zahájení reedukace a rozdíly mezi intervencí s dětmi a s dospělými. Výzkumné šetření je rozděleno do dvou částí, v první části jsou informace získávány metodou rozhovorů s klinickými logopedy, v části druhé jsou pak získané informace zpracovány případovými studiemi dvou dospělých respondentů s dyslalií.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Dyslalie, logopedie, dospělý, logopedická intervence, rotacismus, narušená komunikační schopnost

## **ABSTRACT**

This diploma thesis is focused on speech therapy intervention for adults with dyslalia. It defines basic theory of communication and speech, a communication disorder, speech therapy and a specific of intervention for adults. It also describes the most common types of communication disorders of adolescents, adults and elderly which are according to statistics aphasia, dysarthria, stuttering and dyslalia. Dyslalia is then studied in further detail and represents the main section of the theoretical part of the thesis as it contains a description of its therapy among others. Re-education was focused on dyslalia of sounds *r* and *ř*, that is rhotacism and rhotacism bohemicus, as they are most common. The main purpose of the thesis is to describe progress of re-education of adults with dyslalia, find reasons to start re-education and differences between an intervention for children and adults. The research is divided into two sections, the first section contains information from interviews with clinical speech therapists and the second contains two case studies of adults with dyslalia.

## **KEYWORDS**

Dyslalie, speech therapy, adult, speech therapy intervention, rhotacisms, communication disorder

## Obsah

Úvod.....	8
1 Terminologická východiska.....	9
1.1 Komunikace a řeč.....	9
1.2 Jazykové roviny .....	10
1.3 Narušená komunikační schopnost.....	12
1.4 Poruchy řečové komunikace .....	13
2 Obor logopedie .....	16
2.1 Logopedická intervence .....	18
2.2 Logopedická diagnostika a vyšetření .....	19
2.2.1 Specifika logopedické diagnostiky u dospělých .....	20
3 Narušená komunikační schopnost u dospělých .....	22
3.1 Edukační specifika dospělých .....	24
3.2 Psychoterapeutický přístup .....	25
4 Nejčastější narušené komunikační schopnosti u dospělých .....	27
4.1 Afázie .....	27
4.2 Dysartrie .....	29
4.3 Balbuties.....	31
5 Dyslalie u dospělých osob .....	33
5.1 Prevalence .....	35
5.2 Etiologie .....	35
5.3 Klasifikace a symptomatologie .....	36
5.4 Diagnostika .....	37
5.5 Terapie.....	38
5.5.1 Zásady reedukace.....	39
5.5.2 Etapy a metody reedukace výslovnosti.....	40
5.5.3 Logopedická reedukace hlásky r.....	42

5.5.4	Logopedická reedukace hlásky ř.....	45
5.6	Prevence .....	47
6	Terapeutická intervence dyslalie hlásek r a ř u dospělých.....	49
6.1	Uvedení do praktické části diplomové práce .....	49
6.2	Stanovení cílů výzkumu a výzkumných otázek .....	50
6.3	Užitá metodologie výzkumu .....	51
6.4	Charakteristika výzkumného souboru.....	52
6.5	Prezentace dat získaných rozhovory s klinickými logopedy .....	53
6.6	Případové studie .....	57
6.6.1	Případová studie č. 1: Petr, 29 let .....	57
6.6.2	Případová studie č. 2: Pavel, 26 let.....	62
6.6.3	Komparace a shrnutí případových studií .....	64
6.7	Závěry výzkumného šetření a diskuze .....	65
	Závěr .....	68
	Seznam odborných pramenů a literatury .....	70
	Seznam příloh .....	73
	Přílohy.....	1

## Úvod

Problematika nesprávné výslovnosti u dospělých není ojedinělým jevem, avšak je bohužel řešena pouze v minimálním počtu případů. Každý den se setkáváme s dospělými, kteří nemají korektní výslovnost všech hlásek a trpí tedy narušenou komunikační schopností, dyslalií. I přesto, že četnost dyslalie u dětí má stále vzrůstající tendenci a je aktuálním tématem (nejen díky inkluzi ve školách), u dospělých jedinců se toto narušení častěji opomíná.

I proto je tato diplomová práce zaměřena na logopedickou intervenci u dospělých osob s dyslalií. Snaží se odpovědět na otázky týkající se průběhu logopedické reedukace nesprávného tvoření hlásek *r* a *ř*, prováděné klinickými logopedy. Hledá hlavní rozdíly v terapii dětí a dospělých a nejčastější důvody pro zahájení intervence ze strany dospělých klientů. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části představuje narušenou komunikační schopnost u dospělých jedinců. V úvodu práce vymezuje základní pojmy, jako jsou komunikace a řeč, jazykové roviny, narušená komunikační schopnost či poruchy řečové komunikace. Zmiňuje také informace o oboru logopedie, logopedické intervenci, diagnostice a vyšetření, uvádí specifika narušení u dospělých a zaměřuje se na nejčastější narušení vyskytující se v období adolescence, dospělosti či senia, jimiž jsou afázie, dysartrie, balbuties a dyslalie, které je věnována hlavní část teoretické práce. Ta se zabývá prevalencí, etiologií, klasifikací, symptomatologií, diagnostikou, prevencí a podrobněji i terapií dyslalie.

Praktická část diplomové práce popisuje průběh výzkumného šetření, které mělo analyzovat průběh logopedické terapie dyslalie hlásek *r* a *ř* u dospělých osob. Šetření bylo rozděleno na dvě části, a to na výzkum metodou rozhovorů s klinickými logopedy a na případové studie dvou dospělých mužů s dyslalií, popisující jejich reedukaci.

Práce má přinést podrobný vhled do problematiky logopedické intervence u dospělých s dyslalií, zjistit jejich motivaci k zahájení terapie i rozpoznat hlavní rozdíly v logopedické péči o děti a o dospělé klienty.



# 1 Terminologická východiska

## 1.1 Komunikace a řeč

Komunikace je přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů zejména prostřednictvím jazyka (Dvořák, 2001). Není žádné živé formy života bez schopnosti a potřeby komunikovat. Komunikace je vrozená a může se řadit mezi přirozené instinkty, se kterými se živočich rodí. Díky ní může vzniknout ten nejdůležitější vztah - vztah mezi mládětem a rodičem. Tak se přirozeně projevuje vrozený komunikační instinkt. Tato schopnost přijímat a na druhé straně předávat informace se řadí k základním charakteristikám života (Lejska, 2003).

Lidská komunikace je schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Schopnost řečové komunikace pak znamená vědomé používání jazyka jako složitého komunikačního systému znaků a symbolů ve všech formách (Klenková, 2006). Právě proto, že je člověk „tvor společenský“, chce se s druhými lidmi dorozumívat, projevovat jim své duševní stavy, myšlenky, vůli a city. Proto si za spolupráce s ostatními vytvořil *řeč*, kterou Hála a Sovák (1947, s. 94) definují jako „*soustavu konvenčních (obecně přijatých) vnějších znaků, kterými dovede vyjadřovat obsah svého nitra a činit jej srozumitelným jiným lidem.*“ Tři hlavní formy komunikace jsou mluvená, psaná a ukazovaná. V této diplomové práci se budeme zabývat pouze formou mluvenou, která je realizována skrze řeč. Řeč je dle Dvořáka (2001) forma sdělování a dorozumívání, založená na používání slovních (mluva, písmo), ale i na neslovních (gesta, mimika) výrazových prostředků. Zde se budeme věnovat stránce verbální, ačkoli neverbální komunikace, jako je právě mimika, gestika, posturika aj., jsou nedílnou součástí verbálního vyjadřování člověka.

V problematice verbální komunikace mají výsadní postavení děti, a to hlavně proto, že schopnost verbální komunikace se u nich teprve vytváří. Dětský mozek je připraven učit se všem typům komunikace a přijímat je, a proto se naučí kterýkoli jazyk dle prostředí, ve kterém žije. Vývoj lidské řeči patří mezi nejsložitější dovednosti, které musí lidský mozek v nejranějším období zvládnout. Každé zdravé dítě mluvit začíná, není tedy ponecháno na vůli dítěte, zda bude či nebude mluvit (Lejska, 2003).

Mluvení je soustava motorických zvyklostí lidského těla, tedy pohybů řízených nervovým ústředím a konaných prostřednictvím příslušných orgánů, podílejících se na tvorbě řeči – mluvidel. Mezi mluvidla patří rty, jazyk a měkké patro (hláskovací ústrojí), hrtan s hlasivkami (hlasové ústrojí), plíce a dýchací svaly (ústrojí respirační). Při mluvení používáme tzv. *motorický slovní obraz*, což je souhrnná představa artikulačních pohybů, které byly již v minulosti vykonány, a zároveň se snažíme tyto naučené pohyby znovu vykonat. Koordinovaná řeč je tedy výsledkem naučeného návyku. Při učení se řeči jsme všechny tyto pohyby opakovaně cvičili, až se staly automatickými, téměř podvědomě, proto se od jistého věku již nad tvorbou jednotlivých hlásek, slov a vět nemusíme detailně zamýšlet (Hála, Sovák, 1947).

Celkově u posuzování řeči záleží na různých specifických a všeobecně platných kritériích, jelikož různé jazyky mají své normy a specifika. Tato skutečnost se nejvíce projevuje právě při posuzování normy výslovnosti. Stačí porovnat např. normu pro výslovnost hlásky *r* v češtině a francouzštině, sykavky v angličtině a češtině apod. Existují hlásky, které v jiných jazycích úplně chybí – např. *ř* ve slovenštině, angličtině, němčině; *ch* v maďarštině; *h* v ruštině atd. (Zezulková, 2014). Proto slyšet cizí řeč nestačí ještě k tomu, abychom ji správně vyslovovali. Je zapotřebí vytvořit zcela nový systém motorických zvyklostí (Hála, Sovák, 1947).

## 1.2 Jazykové roviny

Čechová (2000) definuje řeč jako komunikační jazykovou činnost jednotlivce, jinak řečeno je to individuální způsob realizace jazyka, jazykového systému. Tuto jazykovou činnost můžeme posuzovat podle čtyř jazykových rovin, a to podle roviny morfologicko-syntaktické, lexikálně-sémantické, foneticko-fonologické a pragmatické.

Morfologicko-syntaktická rovina řeči představuje gramatickou stránku řeči a lze ji zkoumat až po začátku vlastního vývoje řeči, tedy okolo 1. roku života. První slova dítěte, která vznikají opakováním slabik (*tata, mama...*), plní funkci vět, jsou to většinou podstatná jména, později slovesa, jsou neohebná, nečasují se a neskloňují. Později se k podstatným jménům a slovesům přidávají citoslovce (ta mají ale často pro dítě význam podstatných jmen), přídavná jména, osobní zájmena, číslovky a nakonec předložky a spojky. Do čtyř let dítěte se může objevovat tzv. *fyziologický dysgramatismus*, kdy dítě ještě může mít v řeči gramatické odchylky, avšak po čtvrtém

roce života by se již neměly objevovat příliš často a pravidelně. Morfologicko-syntaktická rovina tedy představuje gramatickou stránku řeči (Klenková, 2006).

Lexikálně-sémantická představuje aktivní i pasivní slovní zásobu. Od prvního porozumění dítěte, okolo 10. měsíce života, se rozvíjí pasivní slovní zásoba. Okolo prvního roku, kdy dítě začíná mluvit, počíná rozvíjení jeho aktivního slovníku. Neznamená to však, že do té doby dítě nekomunikovalo. První komunikace dítěte s okolím probíhá již od narození, a to především dotyky, křikem, pláčem, očním kontaktem, zvuky a úsměvem a dalšími neverbálními prvky. Lexikálně-sémantickou rovinu rozvíjíme od narození až do smrti každým novým slovem.

Foneticko-fonologická stránka je rozvíjena již od napodobivého žvatlání. Jedná se o zvukovou stránku řeči. Ve výslovnosti hlásek dítě z pravidla postupuje od nejlehčích po ty, které se mu vyslovují nejobtížněji. V dětské řeči se nejdříve fixují samohlásky (*a, o, u, i, e*) a poté souhlásky. Ze souhlásek pak nejdříve hlásky závěrové (*b, p, m, d, t, n*) a některé z úžinových (*j, l*) mezi 1 a 2,5 lety, dále diftongy *au, ou*, a hlásky *v, f, h, ch, k, g*, dále pak od přibližně 3,5 let shluky *bě, pě, mě, vě, d', t', ň* a od 4,5 let tupé sykavky *č, š, ž*, po kterých následují ostré sykavky *c, s, z* a vibranta *r*. Od přibližně 6,5 do 7 let by dítě mělo umět vyslovovat *ř* a diferencovat ostré a tupé sykavky. Nesprávná výslovnost právě těchto hlásek, sykavek a hlásek *r, ř*, se velmi často vyskytuje nejen u dětí, ale i u dospělých, a to nejen z důvodu náročné artikulace (Škodová, Jedlička, 2003). V této práci se zabýváme řečí nejvíce právě z pohledu roviny foneticko-fonologické.

Pragmatická neboli obsahová stránka řeči představuje sociální aplikaci a sociální uplatnění komunikační schopnosti. Hodnotí se sdělnost či komunikační dovednosti a dochází k regulační funkci řeči, kdy dítě již používá řeč k regulaci dění ve svém okolí (Klenková, 2003).

Celkově je však vývoj nejen řeči, ale i artikulace velice individuální a je ovlivněn mnoha faktory. Mezi ně patří například vrozené předpoklady pro řeč, správný vývoj sluchového a zrakového aparátu, nepoškozená centrální nervová soustava, zdravé mluvní orgány, správný vývoj intelektu i psychické stránky, dále pak také vliv prostředí, výchovy, stimulace dítěte ke komunikaci a v neposlední řadě i správný mluvní vzor.

Dle Krahulcové (2007) nelze sice řeč a schopnost přesné a správné výslovnosti oddělovat, přestože výslovnost bývá považována za formální, vnější faktor řeči, ovšem

často problém na úrovni nesymbolické přerůstá do úrovně symbolické zejména vlivem závažnosti narušení výslovnosti. Těžší formy narušené výslovnosti tak zasahují i do sémantických, morfologických i syntaktických dovedností a také do celého pragmatického komunikačního procesu.

### 1.3 Narušená komunikační schopnost

Problémy řečové komunikace byly v minulosti nepřesně nazývány „poruchami řeči“, „vadami řeči“, „chybami řeči“, „postižením řeči“ či „řečovým narušením“ aj. Všechny tyto termíny měly své odpůrce, kritizující nedostatečnou šířku či nedostatečné vystižení jejich podstaty (např. nezahrnují i poruchy hlasu) apod. (Lechta, 1990). Z toho důvodu Lechta přichází v roce 1990 s termínem „**narušená komunikační schopnost**“, který dle jeho názoru akceptuje veškeré požadavky pro dostatečné obsažení celé problematiky. Narušenou komunikační schopnost definuje takto: *„komunikačná schopnosť jednotlivca je narušená vtedy, ak niektorá rovina (alebo niekoľko rovín súčasne) jeho jazykových prejavov pôsobí interferenčne vzhľadom na jeho komunikačný zámer. Pritom môže ísť o foneticko-fonologickú, syntaktickú, morfológickú, lexikálnu, pragmatickú rovinu jazykových prejavov, resp. môže ísť o verbálnu i neverbálnu, hovorenú i grafickú formu interindividuálnej komunikácie, jej expresívnu i receptívnu zložku. Zahrnuje teda jazykové i nejazykové prostriedky komunikácie.“* Tento termín přílehavě vystihuje radikální změnu základního paradigmatu logopedie jako takové.

Narušená komunikační schopnost se dle symptomů dělí na deset základních okruhů (Klenková, 2006):

- Vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie);
- Získaná orgánová nemluvnost (afázie);
- Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus);
- Narušení zvuku řeči (rhinolalie, palatolalie);
- Narušení fluence řeči (tumultus sermonis, balbuties);
- Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie);
- Narušení grafické stránky řeči;
- Symptomatické poruchy řeči;
- Poruchy hlasu;
- Kombinované vady a poruchy řeči;

V následujících kapitolách se věnujeme již jen narušené komunikační schopnosti, která se vyskytuje v dospělém věku.

## 1.4 Poruchy řečové komunikace

S tradičním rozdělením a celkově i s pojmem *narušená komunikační schopnost* nesouhlasí Neubauer (2014). Upozorňuje na tradiční rozdělení, které neodpovídá šíři poznatků současné moderní logopedie, a zároveň na zastaralou terminologii. Termín „komunikační schopnost“ považuje za příliš obecný a nevystihující podstatu specificky lidské komunikace. Proto přichází s novým pojmem, a to s pojmem „*řečová komunikace*“, který zahrnuje jedinečnou lidskou schopnost, včetně řečového projevu, písma i neverbálních prostředků. Zdůrazňuje tím specificky lidskou verbální komunikaci.

Jeho systém dělení poruch řečové komunikace přihlíží k příčinám vzniku poruchy a cílí terapii právě do oblasti nalezených příčin. Tím se snaží o zmírnění předchozího preferovaného symptomatologického hlediska, zaměřeného spíše na popis příznaků poruchy. Uspořádání obsahuje oblasti vývojových a získaných poruch řečové komunikace v průběhu celého života člověka a cílí na pochopení významu zaměření přístupů na příčinu poruchy, díky kterým lze lépe zvolit odpovídající program terapeutické intervence (Neubauer a kol., 2018).

Neubauer a kol. (2018) tedy dělí poruchy na dvě hlavní skupiny, a to na *vývojové poruchy řečové komunikace* (dále PŘK) *u dětí* a *poruchy řečové komunikace u dospělých a stárnoucích osob*, dále je pak dělí následovně:

### Vývojové poruchy řečové komunikace u dětí

- Poruchy na bázi percepční bariéry
  - PŘK vyvolané vlivy poruchy sluchu
  - PŘK vyvolané vlivy poruchy zraku
- Poruchy primární funkce orofaciálního traktu
  - Dysfagie – porucha procesu polykání
  - Respirační insuficience
- Motorické řečové poruchy
  - Dyslalie
  - Vývojová řečová apraxie

- Palatolalie
- Vývojová dysartrie
- Rhinolalie – rhinofonie
- Dysfonie
- Balbuties
- Tumultus sermonis
- Poruchy vývoje individuálního jazykového systému
  - Opožděný vývoj řečových schopností
  - Vývojová dysfázie
  - Specifické poruchy učení
- Kognitivně-komunikační poruchy (dále KKP) v dětském věku
  - KKP při pervazivní vývojovém onemocnění
  - KKP u stavů po úrazu CNS či při nemoci CNS
  - KKP při mentálním handicapu

### **Poruchy řečové komunikace u dospělých a stárnoucích osob**

- Poruchy na bázi percepční bariéry
  - PŘK vyvolané vlivy poruchy sluchu
  - PŘK vyvolané vlivy poruchy zraku
- Poruchy primární funkce orofaciálního traktu
  - Získaná dysfagie – porucha procesu polykání
  - Respirační insuficience
- Motorické řečové poruchy
  - Dyslalie
  - Získaná řečová apraxie
  - Palatolalie
  - Dysartrie
  - Získaná dysartrie
  - Rhinolalie – rhinofonie
  - Dysfonie
  - Balbuties
  - Tumultus sermonis – přetrvávající nebo akcelerovaná
- Získané poruchy individuálního jazykového systému
  - Afázie

- Progredující afázie
- Specifické poruchy učení
- Kognitivně-komunikační poruchy v dospělosti a stárnutí
  - Získané KKP u syndromu demence
  - Získané KKP u stavů po úrazu CNS či při nemoci CNS
  - KKP při mentálním handicapu
  - KKP u psychogenních onemocnění

V této práci však používáme terminologii Lechtovu, tedy pojem *narušená komunikační schopnost*, která je užívanější mezi odborníky a která je také zmiňována v legislativě.

## 2 Obor logopedie

Rozvojem, péčí, výchovou, a vzděláváním osob s narušenou komunikační schopností, dětí, mladistvých, dospělých i seniorů se zabývá speciálně pedagogický obor – logopedie.

Lechta (2011, s. 15) vymezuje logopedii jako „*vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminace a prevence narušené komunikační schopnosti.*“ K zákonitostem vzniku řadí i diagnostiku narušené komunikační schopnosti a pod eliminaci pak i terapii, která na diagnostiku přímo navazuje. V moderním pojetí je logopedie vědou zkoumající narušenou komunikační schopnost z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence.

V zahraničí můžeme obor logopedie najít pod pojmem *Speech and language therapy* (SLT), tedy terapie řeči a jazyka. Cummingsová (2018) SLT popisuje jako důležitou zdravotní disciplínu, která se věnuje dětem i dospělým s poruchou komunikace a polykání. Lidé, kteří SLT v praxi provádějí, jsou řečovní a jazykoví terapeuti (u nás logopedi), ti provádějí posouzení, diagnostiku a terapii těchto poruch stejně jako řadu dalších aktivit.

Logopedie je součástí speciální pedagogiky a má těsný vztah k obecné pedagogice i k ostatním oborům speciální pedagogiky – surdopedii, somatopedii, psychopedii i tyflopedit, jelikož u všech jedinců s různým postižením (osoby se speciálními vzdělávacími potřebami) se projevuje ve větší nebo menší míře narušení komunikační schopnosti. Logopedie se zabývá patologickou stránkou komunikačního procesu. (Klenková, 2006)

Dvořák (2001, s. 112) definuje logopedii ze dvou pohledů. Z pojetí klinické logopedie „*jde o zdravotnický obor, zabývající se fyziologií a patologií mezilidské komunikace (rozvoj různých forem komunikace, výzkum, diagnostika, terapie, prevence, profylaxe) ve všech aspektech, který se opírá o nozologické jednotky MKN<sup>1</sup>; protože jde o klinickou práci, je nutné získat klinickou kompetenci bez ohledu na rezort, ve kterém logoped pracuje.*“ V pojetí speciálně-pedagogickém jde o „*obor speciální pedagogiky, jejímž předmětem je výchova správné řeči, prevence a profylaxe poruch komunikace,*

---

<sup>1</sup> Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů



*ale též (v rozporu se zákonem) diagnostika a terapie vad a poruch řeči; metody jsou údajně (speciálně) pedagogické“ nebo také „speciálně-pedagogický obor, který se zabývá výchovou a vzděláváním osob s poruchami komunikace.“*

Neubauer (2014, s. 16) vymezuje logopedii jako *„výchovu o řeči či nauku o výchově a vzdělávání jedinců s vadami sdělování a je součástí vývoje paradigmatu v oblasti speciální pedagogiky.“*

Podle Cummingsové (2018) je nesprávné charakterizovat práci logopedů výhradně jen jako práci s dětmi. Logopedi pracují s klienty všech věkových kategorií. Může se jednat o novorozence s problémy polykání, předškolní děti s chybnou výslovností, školní děti s vývojovou dysfázií, náctileté s koktavostí, dospělé s motorickými poruchami jazyka, starší dospělé s afázií či seniory s kognitivně komunikačními poruchami v návaznosti na demenci. Logopedie se věnuje poruchám komunikace a jazyka napříč celým životem.

Neubauer a kol. (2018, s. 20) definuje klinickou logopedii jako obor zabývající se *„diagnostikou a terapií (prevencí) poruch komunikace řeči, jazykovými prostředky a s komunikací spojených poruch kognitivních a motorických orofaciálních funkcí v oblasti zdravotnických zařízení a zdravotní péče. Klinická logopedie je zásadní a klíčovou součástí vědeckého oboru logopedie (Logopaedica), hraniční vědní disciplíny věnující se oblasti mezilidské komunikace a poruch komunikačního procesu. Logopedie integruje poznatky z oborů medicíny, jazykovědy, psychologie, pedagogiky a věd o komunikaci a vytváří komplexní systém poznatků o normě a patologii v oblasti komunikačního procesu u člověka.“*

Zmiňuje také, že bez oboru klinická logopedie by nebylo možné utvářet moderní a ucelené pojetí logopedie. Aktuálně však lze stále pozorovat stále trvající souboj o směřování logopedie v oblasti vzdělávací, profesní a emancipační. Novela školského zákona platící od 1. 9. 2016, zahrnuje podpůrná opatření pro děti, žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami, díky čemuž se stala současným nadějným trendem. Tento trend podporuje ambulantní služby a systém odborníků, kteří napomáhají zařazení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol hlavního proudu. Systém podpůrných opatření, nejen týkajících se dětí s narušenou komunikační schopností, je dnešním trendem, který nadějně směřuje k větší a spravedlivější podpoře žáků, jejichž zájmy se prosazovaly nelehce či vůbec.

Jak již bylo zmíněno, při intervenci je důležitá multidisciplinární spolupráce různých oborů. Neubauer a kol. (2018) k těmto oborům řadí jazykovědu (fonetiku, fonologii, psycholingvistiku, neurolingvistiku, sociolingvistiku), medicínu (foniatrii, neurologii, otorinolaryngologii, rehabilitační medicínu, psychiatrii), pedagogiku (inkluzivní pedagogiku, speciální, léčebnou, předškolní, elementární), psychologii (klinickou, klinickou neuropsychologii, psychoterapii) a také vědy o komunikaci (informatiku, kybernetiku, kognitivní vědy, mediální komunikaci). Všechny tyto vědy se mohou (a měly by se) potkávat při řešení poruch řečové komunikace.

## **2.1 Logopedická intervence**

Logopedická intervence je specifickou aktivitou, kterou logoped uskutečňuje s cílem identifikovat, eliminovat, zmírnit, či alespoň překonat NKS anebo předejít tomuto narušení (zlepšit komunikační schopnost). Chápeme ji tedy jako složitý multifaktoriálně podmíněný proces, který realizuje vzájemně se prolínající diagnostiku, terapii a prevenci (Lechta, 2011).

Jako nejlépe vystihující termín pro aktivity logopeda užívá Klenková (2006) také označení logopedická intervence. Jedná se tedy o specifickou činnost, která je uskutečňována s nějakým cílem (diagnostika, terapie, prevence). Logopedická intervence začíná již vstupem klienta do ambulance.

Náplň práce logopeda je pro mnohé pouhým „tdnkováním“ a učením správné výslovnosti hlásek předškolní a školní děti a žáky. Kdo se podívá hlouběji do problematiky, nalezne složitost, variabilitu a náročnost ve vykonávání práce logopeda. Jak jsme zmínili výše, narušená komunikační schopnost není pouze nesprávná výslovnost jednotlivých hlásek, tedy dyslalie. Setkáváme se i s mnohými dalšími komplikovanými diagnózami nejen v dětském, ale i v dospělém či seniorském věku. Právě tímto směrem se v práci ubíráme. Přibližujeme problematiku nejčastějších narušení v dospělém věku. Popisujeme tedy nejen oblast dyslalie, ale i dysartrie, afázie či poruch plynulosti řeči. Blíže se pak věnujeme právě dyslalii v dospělosti.

Poruchy komunikace a polykání se vysoce vyskytují v celé populaci. Logopedickou intervencí těchto poruch zlepšují logopedi zdraví populace a mají tak v něm důležitou roli. Děti i dospělí s těmito narušeními mívají sociální i ekonomické nevýhody. Mohou také prožívat psychické úzkosti. Logopedické intervence pak zlepšují či eliminují tyto následky a zvyšují možnosti těchto lidí. To, že logopedi hrají důležitou roli

ve zvyšování životních možností lidí s poruchami komunikace a polykání, je podpořeno studii, které dokazují zlepšené odborné, vzdělávací i sociální výsledky jednotlivců, kteří mají za sebou logopedickou péči. Například po logopedické intervenci u osob ve výkonu trestu došlo ke snížení opakované trestné činnosti. Zdraví populace tedy může být zlepšeno širokými a mezioborovými přístupy k intervenci v prvních letech. Tyto přístupy pak dělají komunikaci více efektivní v časných letech (Cummings, 2018).

## **2.2 Logopedická diagnostika a vyšetření**

Úkolem logopedické diagnostiky je zachycení celkového stavu, stupně a formy poruchy komunikace, tedy komunikace řečí, jazykovými prostředky, písmem, a s nimi spojené deficity praxe, gnosie a kognitivních funkcí. Základními cíli diagnostiky jsou zjištění přítomnosti narušení řečové komunikace, jeho tíže a závažnosti, diferenciální diagnostika narušené komunikační schopnosti a zpracování návrhu následné logopedické intervence (Neubauer a kol., 2018).

Diagnostika by měla vycházet v první řadě z konkrétní diagnostické situace, vyšetřovanou osobu je tedy nutné stimulovat a vyprovokovat ji k souvislému mluvnímu projevu, aby se nezkresleně projevila její skutečná komunikační schopnost ve všech dimenzích. Můžeme k tomu využít řadu diagnostických metod jako pozorování, explorační metody (anamnestický rozhovor, dotazníky, řízený rozhovor), diagnostické zkoušení (vyšetřování výslovnosti či zvuku řeči), testové metody, kazuistické metody, rozbor výsledků činnosti či přístrojové a mechanické metody (Lechta, 2003).

Ke stanovení správné diagnózy a následného terapeutického plánu je nezbytné podrobné logopedické vyšetření (Škodová, Jedlička, 2003). Lechta (2003) popisuje tři úrovně diagnostiky narušené komunikační schopnosti, a to orientační, základní a speciální vyšetření. Orientační vyšetření se uskutečňuje například v rámci screeningu či depistáže jako zjištění přítomnosti či nepřítomnosti nějaké narušené komunikační schopnosti. Základní vyšetření směřuje k zjištění konkrétního druhu narušení a jeho výsledkem je určení základní diagnózy. Speciální vyšetření je pak zaměřeno na co nejpřesnější rozlišení zjištěného narušení a mělo by určovat typ, formu, stupeň, patogenezi a případné následky narušení.

Neubauer a kol. (2018) logopedické vyšetření rozděluje na vstupní, komplexní, výstupní a kontrolní. Vstupní vyšetření zjišťuje potvrzení či vyvrácení suspektního narušení při prvním kontaktu s pacientem a odpovídá Lechtovu orientačnímu vyšetření. V rámci komplexního vyšetření se stanovuje diagnóza, její závažnost a vliv na komunikaci klienta s okolím. Součástí by měl být i individuální plán logopedické péče. Komplexní vyšetření zahrnuje Lechtova základní a speciální vyšetření.

Komplexní logopedické vyšetření zahrnuje anamnézu, zhodnocení výsledků odborných vyšetření, které mají vliv na diagnostiku komunikační poruchy (předchozí logopedická, lékařská či psychologická diagnostika), vyšetření stavu orofaciálních motorických funkcí, hybnosti mluvidel a velofaryngeálních funkcí a příjmu stravy, vyšetření řečových motorických funkcí (respirace, fonace, artikulace, prozodie), vyšetření schopností a možných poruch ve využití systému jazyka (gramatické, lexické schopnosti a pragmatické užití jazyka v komunikaci), možnosti a schopnosti komunikace neverbálními prostředky kvůli možnosti kompenzace těžkých poruch komunikace, orientační vyšetření sluchové percepce a kognitivních schopností spojených s komunikací (pozornost, verbální paměť, aj.), grafomotoriky a schopností lexicko-grafických (Neubauer, 2014).

Výstupní vyšetření zhodnocuje průběh péče a obsahuje doporučení pro další péči, případně doporučení k další péči v místě bydliště. Pro kontrolu dosažených výsledků se užívá kontrolní vyšetření, buď v průběhu procesu terapie, pokud je terapie přerušena delším časovým obdobím, nebo pak v časovém horizontu 3 až 6 měsíců po ukončení terapie, jako prevence opětovného návratu narušení (Neubauer a kol., 2018).

### **2.2.1 Specifika logopedické diagnostiky u dospělých**

Logopedická diagnostika dospělých osob je specifická věkem pacientů, zvláštností některých druhů narušení komunikační schopnosti v dospělosti a také druhy narušení, které jsou typické pouze pro dospělý věk. Diagnostika v dospělém věku závisí také na osobním vyrovnání se pacienta s narušením, stejně tak je třeba brát úvahu, zda si klient své narušení uvědomuje, či ne. Zejména u seniorů a pacientů s vážným onemocněním je nutné vytvořit vhodné diagnostické prostředí, realizovat vyšetření ve více kratších sezeních z důvodu unavitelnosti pacienta a počítat také s možnou nedoslýchavostí, potížemi s pamětí a podobnými zdravotními obtížemi charakteristickými pro období senia. Avšak je nutné rozlišit, které obtíže jsou přirozené

pro věk a které již mohou být například symptomy afázie, demence či jiných narušení. S klientem by měl logoped komunikovat na vhodné úrovni, používat nedegradující obrazový materiál a nepochybně být empatický a trpělivý (Cséfalvay, Lechta, 2013).

Při diferenciální diagnostice u dospělých je základním úkolem diagnostiky odlišit projevy dysartrie, afázie a demence, případně apraxie v řeči, ale také zvolit přiměřený a efektivní program logopedické péče (Neubauer a kol., 2018).

Po vyšetření a určení diagnózy logoped stanoví individuální terapeutický plán, který zahrnuje: stanovení příčin a možné prognózy narušení komunikační schopnosti, návrh metodiky a intenzity terapie, způsob využití terapeutických cvičných materiálů a pomůcek, způsob spolupráce s rodinou, ošetřujícím personálem či jiným logopedickým pracovištěm (Neubauer, 2014). Při vytyčování terapeutického plánu musí dbát logoped na to, že je potřebné stimulovat a podpořit aktivní komunikaci, navodit nové efektivní formy komunikace, rozšířit existující komunikační reakce a dovednosti, podpořit a rozšiřovat aktivní komunikativní dovednosti a ovládat, resp. utlumovat nevhodné a neproduktivní reakce při komunikaci (Neubauer a kol., 2018).

### **3 Narušená komunikační schopnost u dospělých**

Klinický logoped je oprávněn k diagnostice a terapii celého spektra NKS, a to jak u dětí, tak u dospělých i stárnoucích osob. Při této činnosti musí uplatnit vývojové aspekty k užití vhodných metod a přiměřenou edukativní zátěž.

Při logopedické péči dospělých je nutno dodržovat dvě široce platné zásady. Za prvé při logopedické intervenci závažnějších poruch řečové komunikace nemohou být základem péče postupy vyvozování intaktních percepčně-motorických vzorů jednotlivých hlásek a nelze je považovat za dominantní metodiku logopedické péče. A druhá zásada zdůrazňuje nutnost aplikovat v oblasti dospělé a dospívající populace terapeutické postupy s přiměřeným motivujícím obsahem, není vhodné používat bez úpravy materiály a postupy z oblasti péče o děti mladšího věku (Neubauer, 2014).

Jedním ze senzitivních období z hlediska přetrvávajících problémů v řeči je období přechodu od dětství k rané dospělosti. V této době mohou některé obtíže akcelarovat a může se objevovat více či častěji symptomy některých NKS. Zejména v případě balbuties, tumultus sermonis či dyslalie dochází právě v období dospívání nejen z důvodu náročných sociálních stavů k větší psychické zátěži jedince. Proto se často dospívající obrací na logopeda nejen z důvodu zmírnění stigmatizace svého řečového projevu, ale i kvůli budoucí kariérní volbě. Narušení komunikační schopnosti může také komplikovat nalezení sociálních a partnerských vztahů. Dospívající, stejně jako dospělí, potřebují jiný přístup a jiné metody intervence než dětská populace (Neubauer a kol., 2018).

Problematika intervence řečových poruch u dospívajících, dospělých a stárnoucích osob zahrnuje znalost zásad vhodného komunikačního přístupu. Ta přispívá k nalezení nejlepší možné cesty k maximálně možné úrovni komunikace s okolím. Logopedická péče se neobejde bez respektování léčeného režimu, stejně tak bez spolupráce rodiny či ošetřujícího personálu. Je nutno motivovat jedince k terapii, připomínat její důležitost a zdůrazňovat úspěchy v komunikaci a terapeutických činnostech. Chybou je přirovnávání terapeutických činností ke školní výuce, což dokáže jedince výrazně demotivovat. V případě osob v institucionální péči je nutno dodržovat terapeutická doporučení a předávat je dalším ošetřujícím osobám či rodinným příslušníkům. Součástí je i vytvoření motivujícího prostředí a spolupráce okolí. Další zásadou je pravidelné

každodenní provádění terapeutických cvičení do cvičeného záznamníku či sešitu. Také je nutno nalézt pravidelný čas a pokud možno soukromé prostředí k provádění terapeutických zadání. Tyto zásady je nutno znát, využívat a předávat osobám, které jsou pravidelně v kontaktu s člověkem trpícím NKS (Neubauer, 2014).

U klientů v produktivním či postproduktivním věku, u kterých dojde ke snížení srozumitelnosti řeči vlivem různých onemocnění či úrazů, klesá i přijatelnost jejich mluvy při rozhovoru, zvyšuje se jejich sociální závislost a klesá soběstačnost. Obecně dospělí a senioři s později vzniklým narušením výslovnosti vnímají zhoršenou kvalitu svého života v důsledku nepřesné nebo nesprávné výslovnosti (Krahulcová, 2007).

Řeč je obecně také prostředkem vytvoření a udržení sociálních vztahů, své vlastní identity v kontaktu se sociálními skupinami, prostředkem sebehodnocení, edukace a později i přípravy a výběru profese a kariérní realizace. Je také ukazatelem celkového zdraví, aktuálního zdravotního i psychického stavu člověka či jeho povahových vlastností, a ačkoli nebyl nalezen přímý vztah mezi inteligencí a schopností správné výslovnosti, může signalizovat či evokovat právě nižší inteligenci. Narušení komunikační schopnosti mají vliv na svého nositele v důsledku společenské odezvy, proto zasahuje i do sebepojetí jedince, jehož součástí je i sebedůvěra (Krahulcová, 2007).

Neubauer (in Škodová, Jedlička, 2003) popisuje specifickou skupinu dospělých osob v produktivním věku, kterou tvoří osoby, u kterých je kvalita a kultivovanost řečového projevu klíčovou součástí pracovního uplatnění v jejich oboru. V dnešní době nejde již jen o učitele, herce či moderátory, ale například i o pracovníky v oblasti marketingu, služeb a managementu. Četnost vyhledání klinického logopeda z důvodu odstranění nepřesností v oblasti artikulace či plynulosti a tempa mluvy u této skupiny lidí stále stoupá. Při práci klinického logopeda pak musí být využito znalosti osobnosti klienta, možností jeho dlouhodobé motivace a schopnosti užít nápaditých individuálních postupů terapie. Často při intervenci tyto osoby odrazuje užití nevhodných metod a pomůcek, které považují například za nedůstojné či infantilní, nebo umístění pracoviště logopeda ve školní budově.

Osoby v produktivním věku mohou intenzivněji prožívat drobné neúspěchy v cestě za profesním a sociálním uplatněním, a proto musí klinický logoped dávat pozor při volbě přiměřených a efektivních metod terapie, stejně jako u dětské či stárnoucí populace.

Terapie většiny poruch je dlouhodobou záležitostí, která se neobejde bez spolupráce klienta a jeho okolí. Intervence by měla měnit dosavadní projevy pacienta a jeho okolí a také pomáhá v cíleném učení se novým technikám, ze kterých lze vytěžit větší úspěšnost ve verbálním či neverbálním vyjadřování. Pomoc okolí klienta je důležitá pro vytvoření pomáhajícího a motivujícího prostředí po celou dobu logopedického působení.

### **3.1 Edukační specifika dospělých**

Logopedická intervence u dospělých je odlišná od té u dětí nejen přístupem logopeda ke klientovi, ale i postupem intervence, volbou komunikace a slovníku, motivací či použitými materiály. Z mnoha hledisek je logopedická terapie dominantně pedagogickou činností. Ohledně vhodného přístupu, komunikace či slovníku při práci s dospělými tedy můžeme nahlédnout i do andragodidaktických publikací.

Beneš (2014, s. 13) zmiňuje, že *„po celou dobu lidské existence se člověk musel v důsledku vnějších i vnitřních faktorů učit a reagovat na změny.“* Pro člověka je učení přirozeným procesem. Od narození se jedinec učí od svého okolí nevědomě, přirozeně, později se učení stává již vědomým procesem, kdy musí být převážně využita síla motivace (nejlépe ta vnitřní). Určité druhy učení jsou zvládnutelné nejlépe v určitém optimálním věku. Andragogika vždy vyzdvihovala orientaci na potřeby, možnosti a zvláštnosti účastníka. Z hlediska účinnosti vzdělávání dospělých se mnohdy považuje za rozhodující faktor úspěšného vzdělávání síla zaměření motivů účastníka, tedy popudy jeho jednání a prožívání. Motivace (vnitřní i vnější) je jedním z nejdůležitějších hledisek vzdělávání dospělých. Celkově účast na vzdělávání dospělých (u logopedické intervence se nejedná doslova o vzdělávání, ale má mnoho stejných faktorů) ovlivňuje několik faktorů, a to osobnostní charakteristika, životní situace, okolí a vztahy, epochální témata a výzvy, společenské klima a společenský rámec ve vztahu k učení (Beneš, 2014). Všechny tyto faktory můžeme zohledňovat i u dospělých, kteří se rozhodnou pro terapii dyslalie v pozdějším věku.



Motivaci považujeme za nejdůležitější faktor přístupu klienta k terapii. Mužík (1998) zmiňuje, že „komplex motivů činností člověka, spojený především s potřebami, zájmy, postoji a vlohami projevuje současně s určitými emocemi velký vliv na zahájení, průběh i výsledky učení dospělého. Dospělí lidé se učit mohou, ale nemusí.“ Výsledkem je vlastní motivace, která bývá tou nejlepší motivací. To platí i při logopedické intervenci, pro klienta je důležité vyjasnění důvodů, které ho vedou k terapii. To je nutné nejen při překonávání eventuálních obtížných úseků intervence vedoucích ke zdárnému cíli. Sebemotivace probouzí u člověka energii k učení a k dosahování svých cílů.

Je nutné, aby logoped své působení vždy vázal na potřebu či komplex klienta. Při působení na dospělé klienty narazíme na zvláštnosti učení ve srovnání s učením mládeže, některé ulehčující a některé naopak ztěžující intervenci. Avšak schopnost učit se trvá i v dospělém věku a může být efektivně využita. Klienti s dyslalií, kteří vyhledají logopeda, se většinou učit (zlepšovat) chtějí, stejně tak se zdokonalovat a pravděpodobně cítí rozdíl mezi tím, kým jsou a kým si přejí být Mužík (2004). Také uvádí vzdělávací potřeby u dospělých, a to potřebu rozvíjet se, získávat zkušenosti, překonávat vlastní nedostatky, potřebu ocenění a potřebu bezpečí. Učení lze spojovat se zráním osobnosti, kdy dospělý postupně přebírá zodpovědnost za svůj život.

Zvláštnosti vzdělávání dospělých jsou dle Mužíka (2004) následující: dospělý člověk si uvědomuje objektivní požadavky na své vědomosti, dovednosti a návyky. Stupeň tohoto uvědomění záleží na hloubce zájmu o rozvoj. Do vzdělávání a učení se také zapojuje převážně z vnitřních pohnutek, postup poté záleží na přesně daném motivu.

Při komunikaci s dospělými musíme myslet na to, že většinou si člověk uchová v paměti jen část sděleného, je důležité, aby klient všemu rozuměl, a často záleží i na pozitivním oboustranném vztahu logoped-klient. I v komunikaci s dospělými lze používat obrázky a názorné ukázky pro lepší pochopení a zapamatování si informací.

### **3.2 Psychoterapeutický přístup**

Dle Neubauera (2014, s. 69) je vhodné při komplexní terapii využít kromě vlastních metod řečové a jazykové terapie také psychoterapeutické působení na kognitivní, především verbálně paměťové funkce a pozornost. Zdůrazňuje, že „nutnost zapojení psychoterapeutické podpory a vedení je patrná především u poruch plynulosti řeči a u afází, ale prochází napříč oblastí poruch řečové komunikace, neboť psychoterapeutické vedení poskytované při terapeutických sezeních klinickými logopedy

*je nezbytné nejen pro navození motivace a spolupráce při terapii, ale i jako prevence neproduktivního reaktivního chování a neurotického osobnostního vývoje při porušené komunikaci s okolím. Práce klinického logopeda v této oblasti však vyžaduje vytvoření nejen možností v oblasti psychoterapeutického přístupu, ale klinický logoped by měl být schopen po absolvování psychoterapeutického vzdělávacího programu zahájit psychoterapeutickou práci orientovanou na osoby s poruchami komunikace.“*

## 4 Nejčastější narušené komunikační schopnosti u dospělých

Pro výběr nejčastějších NKS jsme využili data z grafu *Léčení pacienti pro vybranou poruchu ve věku 19 let a více, v roce 2013*, který byl zpracován Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) a publikován v článku *Činnost logopedických pracovišť v ČR v roce 2013*. Bohužel z pozdějších let jsme nenašli statistiku, kde by data byla rozdělena na pacienty mladší 18 let a dospělé. Na logopedických pracovištích se dle grafu vyskytovali pacienti ve věku 19 let a více léčení nejčastěji s afázií (44,9 %), dysartrií (21,1 %), dyslalií (9,1 %), balbuties (5,4 %), následovali pacienti s poruchami řeči při neurologickém onemocnění (4,6 %), pacienti s dysfagií (4,3 %) a další. Vzhledem k zaměření předkládané práce popisujeme v následujících kapitolách afázii, dysartrii, balbuties a dyslalii, které věnujeme samostatnou kapitolu.

### 4.1 Afázie

Kulišťák (1997, s. 26) definuje afázii jako „úplnou nebo částečnou neschopnost přijímat a vysílat symbolické kódy mluvené nebo psané řeči, na podkladě jednostranného poškození mozku“. Neubauer a kol. (2018, s. 442) popisuje afázii jako „získanou neurogenně podmíněnou komunikační poruchu, která zasahuje individuální jazykový systém člověka většinou náhle vzniklou ztrátou schopnosti mluvené řeči a rozumění mluvené a psané řeči.“

Dle Čecháčkové (in Škodová, Jedlička, 2003) patří afázie do souboru vyšších kortikálních poruch, kam se řadí také agnozie, apraxie, akalkulie, agrafie, alexie, poruchy pravo-levé orientace, poruchy orientace v prostoru atd. Mnozí autoři dle ní definují toto komplikované a nejednoznačné narušení jako ztrátu produkce nebo rozumění řeči v důsledku ložiskového poškození mozku.

Afázie tedy vzniká na podkladě orgánového poškození mozkové tkáně dominantní hemisféry mozku, jehož příčinou mohou být cévní mozkové příhody, úrazy a poranění mozku, mozkové nádory, zánětlivá onemocnění mozku, degenerativní onemocnění mozku či intoxikace mozku. Vždy se jedná o poruchu získanou a její rozsah a tíže závisí na příčině, rozsahu a lokalizaci léze, a věku pacienta (Škodová, Jedlička, 2003).

Hlavními symptomy afázie jsou poruchy fluence a prozodie, anomie (porucha schopnosti nazývat předměty), řečové automatismy, agramatismy, parafázie (deformace slov), poruchy porozumění, poruchy čtení a psaní (až ztráta této schopnosti) a další.

Klasifikace tohoto narušení je různorodá, jednotný systém dosud nebyl vytvořen. Nejjednodušeji lze afázii rozdělit na expresivní a percepční. My jsme vybrali pro představení pouze Bostonský klasifikační systém afázie (Cséfalvay, 2003):

- a) *Motorická afázie (Brockova)*
- b) *Senzorická afázie (Wernickeho)*
- c) *Globální afázie (totální)*
- d) *Kondukční afázie (centrální)*
- e) *Transkortikální senzorická afázie*
- f) *Transkortikální motorická afázie*
- g) *Anomická afázie (amnestická)*

Hlavními ukazateli pro toto rozdělení jsou míra spontánní řeči, porozumění mluvené řeči a opakování.

Po důkladné diagnostice musí logoped započít terapii, která spočívá převážně v reedukaci, jejímž cílem je dosažení maximálních schopností komunikace s ohledem na dané postižení (Škodová, Jedlička, 2003). Ihned od začátku logopedické péče je důležitý kontakt s rodinou pacienta, a to zejména k doplnění údajů týkajících se zaměstnání, zájmů, vzdělání, osobnostní rysů apod., které logopedovi pomohou vytvořit přesnější obraz o pacientovi před onemocněním, což je dle Kulišťáka (1997) nezbytným předpokladem pro cílené individuální působení.

Při terapii dochází také k obnovování sociálních vazeb, jelikož afatici mají často kromě narušené komunikace i „poraněnou duši“. Musíme tedy akceptovat nutnost současné logopedické a psychoterapeutické rehabilitace. Stejně tak je nutné zcela individuálně posuzovat případ od případu. Terapie v akutní fázi se liší od terapie chronického stádia apod. U chronické fáze je možné užít terapii jak individuální, tak i a skupinovou (Škodová, Jedlička, 2003).

Kulišťák (1997, s. 31) zdůrazňuje, že „vzhledem ke zcela individuálnímu obrazu každého případu musíme počítat s nerovnoměrnými výkony na daném stupni nejen co do rozdílu mezi jazykem mluveným a psaným, ale v rámci každé jednotlivé činnosti.“

U 90 % osob, které přežijí cévní mozkovou příhodu, dochází k různě rychlému a různě kvalitnímu návratu porušených funkcí v časovém úseku jednoho i více roků, který vyžaduje systematickou rehabilitační péči všech stránek života jedince (Neubauer, 2014).

## 4.2 Dysartrie

Lechta (1990, s. 210) vymezuje dysartrii jako „*narušenie procesu artikulácie ako celku pri organickom poškodení nervového systému*.“ Často ji doprovází narušená fonace, dýchání a dysprozodie. Dysartrie se objevuje jak při vývojových poškozeních, tak i při získaných poruchách v pozdějším věku. My se zabýváme dysartrií právě jako získaným onemocněním u dospělých a seniorů.

Škodová a Jedlička (2003) popisují dysartrii jako poruchu motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy (dále CNS), která zahrnuje řadu typů či syndromů řečových poruch, způsobených obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a řazených do oblasti motorických řečových poruch. Při tomto narušení jsou postiženy v různé míře a rozsahu základní modalitty motorické realizace řeči (respirace, fonace, rezonance a artikulace).

Love a Webb (2009, s. 193) definují dysartrii jako „*poruchu, která vzniká v důsledku ochrnutí, slabosti nebo poruchy koordinace svalstva podílejícího se na tvorbě řeči a je neurologického původu. Tato definice zahrnuje všechny symptomy dané poruchami respirace, fonace, artikulace a prozodie*.“

Jde o poruchu, která vzniká při organickém poškození nervové soustavy, vždy je tedy v pozadí narušení nějaké neurologické onemocnění (Cséfalvay, Lechta, 2013). Forma a stupeň dysartrie odpovídá lokalizaci a rozměru poškození motorického systému. V pozdějším věku mohou dysartrii zapříčinit cévní mozkové příhody, cévní onemocnění, zánětlivá onemocnění mozku, nádory, úrazy hlavy, degenerativní onemocnění CNS, roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, toxická poškození CNS aj. (Klenková, 2006). Takto vzniklé dysartrie se mohou po náhlém vzniku a těžkých projevech spontánně upravovat, častěji však vyžadují specializovanou logopedickou péči a v některých případech mohou přetrvávat. Klinický obraz dysartrie může být velice variabilní, ve většině případů jde o komplex příznaků (Lechta, 2003). Jde tedy o vícekomponentové narušení právě proto, že se může přidruženě narušit jakýkoli

subsystém, který se podílí na realizaci řeči (výše zmíněné fonace, respirace, rezonance, artikulace či prozodie) (Cséfalvay, Lechta, 2013).

Při dysartrii je často narušena inervace respiračního, fonačního, artikulačního a rezonančního svalstva zúčastňujícího se na mluvení (Cséfalvay, Lechta, 2013). Poškození motorického systému vedoucí ke vzniku dysartrie může vzniknout kdekoli na dráze od mozku po samotný sval (Love a Webb, 2009). U tohoto onemocnění jsou narušeny pyramidový nebo extrapyramidový systém či oba kombinovaně. Dochází k porušení drah propojujících korové oblasti s mozkovým kmenem. Pro řeč mají primární důležitost hlavové (mozkové) nervy, míšní nervy se podílejí na dýchání. Nervy mohou být poškozeny jednostranně či oboustranně, dle čehož se pak odvíjí částečné či úplné porušení funkce daného řečového orgánu. Při dysartrii mohou být poškozeny V. hlavový nerv trojklaný, VII. hlavový nerv lící, IX. hlavový nerv jazykohltanový, X. hlavový nerv bloudivý a XII. hlavový nerv podjazykový (Klenková, 2006).

Jednotliví autoři uvádějí různá dělení dysartrií dle různých specifík. My uvádíme pouze základní dělení Cséfalvaye a Lechty (2013, s. 119), kteří popisují 6 základních typů dysartrie dle lokalizace léze v nervovém systému:

- *Korová dysartrie*
- *Pyramidová dysartrie*
- *Extrapyramidová dysartrie*
- *Mozečková dysartrie*
- *Bulbární dysartrie*
- *Smíšená dysartrie*

Primárním cílem terapie dysartrie je dle Murdocha (1998) maximalizovat srozumitelnost v rámci limitů neurologického narušení motorických mechanismů řeči. Součástí tohoto cíle je nutnost logopeda využít k léčbě dysartrie fyziologický přístup, pro který musí znát fyziologické nedostatky ve funkčních částech mechanismů řeči tak, aby mohl navrhnout specifické programy léčby právě pro terapii tohoto narušení. Je známo, že kvalita léčby je úzce spjata se znalostí logopeda patofyziologie dysartrie.

Pro efektivní logopedickou péči je třeba využít obnovovací postupy a specializované pomůcky odlišné od práce s vývojovými poruchami řeči u dětí. Podmínkou cíleného rehabilitačního postupu je podrobná diagnostika se zaměřením na zjištění typu získané

dysartrie. Přidružené poruchy respirace, fonace či prozódie mohou mít dle typu dysartrie komplikace zesilující negativní dopad narušení na srozumitelnost mluvené řeči. Postup zaměřující se pouze na hybnost mluvidel a artikulaci nemá většinou dostatečný efekt pro pomoc osobě se získanou dysartrií. Tvorba individuálního terapeutického plánu zacíleného na projevy komunikačních obtíží člověka s dysartrií je předpokladem dlouhodobého kladného efektu v péči o tyto pacienty (Škodová, Jedlička, 2003).

Prognóza onemocnění je spojena s vývojem postižení nervové soustavy pacienta s dysartrií, které bylo vyvolávací příčinou vzniku narušení. Dysartrie vzniká v širokém okruhu příčin, může být různé závažnosti a také se může vyvíjet prognosticky různorodě. V případě příznivého uzdravení CNS a obnovování funkcí po vzniklém traumatu je možný vývoj až do oblasti mírných obtíží v řečovém projevu a praktického odeznění narušení řeči. Pokud dysartrie vznikla v závislosti na degenerativním onemocnění CNS, je třeba počítat s dlouhodobě nepříznivým vývojem projevů, v závislosti na vývoji onemocnění CNS daného jedince (Neubauer, 2014).

### **4.3 Balbuties**

Balbuties neboli koktavost řadíme mezi narušení plynulosti řeči. Lechta (1990, 2011, 2013) koktavost pokládá za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů podílejících se na mluvené řeči, který se nejnapadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným a nekontrolovatelným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti mluvené řeči, a tím působí rušivě na komunikační záměr člověka. Toto narušení je obvykle doprovázeno nadměrnou námahou při artikulaci a psychickou tenzí.

Dle Kehoe (1997) vyžaduje řeč koordinaci více než 100 svalů. Průměrný člověk dokáže říct okolo 150 slov za minutu, kdy každé slovo potřebuje jinou souhru většiny těchto svalů. Řeč je nejkomplexnější vyrovnanou nervosvalovou aktivitou. Koktavost je často narušením koordinace svalů účastnících se na řeči.

Řeč balbutiků je přerušována záškuby či křečemi svalů fonačního ústrojí a mluvidel. Vnější příznaky mají buď tonickou formu se zvýšeným fonačním tlakem při uzavřené hlasivkové šterbině a tzv. prefonačním spasmem, nebo mají charakter klonických (škubavých) opakování částí slov (hlásek/slabik). Často se také obě formy vyskytují souběžně a hovoříme pak o tono-klonické formě (Neubauer, 2014). K základním symptomům balbuties patří narušení dynamiky řeči, psychická tenze, nadměrná námaha

při řečovém projevu, různé typy dysfluencí, tzv. dysprozódie (tj. poruchy melodie, tempa, rytmu, přízvuku), tzv. parafrázie (využití synonymních výrazů, popř. opisů slov, jež nezačínají problémovými hláskami; parafrázie sice dítěti s koktavostí napomáhají překonat počáteční obtíže v komunikaci, ale současně negativně ovlivňují zejména obsahovou stránku řeči) (Klenková, 2006).

Neubauer a kol. (2018, s. 372) uvádí tři typy koktavosti, a to vývojovou, neurogenní a psychogenní: „*Vývojová koktavost je komplexní neurovývojová porucha s počátkem v dětství a s možným pokračováním až do dospělosti. Neurogenní koktavost je získaná porucha poraněním nebo onemocněním CNS. Psychogenní koktavost vzniká po traumatickém zážitku.*“ Koktavost u dospělých je dle něj spojována spíše s přetrváváním obtíží v plynulosti mluvního projevu z dětství. Může se však jednat i o narušení objevující se u dospělých a stárnoucích osob na bázi neurogenních a psychogenních příčin. Při terapii dospělých zmiňuje také nejčastější metody terapie balbuties u dospělých, a to modifikaci projevů koktavosti, navozování plynulé mluvy a navozování sebekontroly mluvního projevu.

Balbuties má často nepříznivý zpětný dopad na osobnost člověka, jeho školní, pracovní a sociální adaptaci. Snaha o její léčbu je již více než 100 let předmětem zájmu mnoha lékařských i nelékařských oborů, což je příčinou existence velkého množství terapeutických přístupů, ale současně i vysokého procenta relapsů a terapeutických neúspěchů. Pokud není co nejpřesněji známa etiologie a patogeneze jakéhokoliv onemocnění, zmenšuje se pravděpodobnost úspěchu při cílené logopedické terapii (Škodová, Jedlička, 2003). To potvrzuje i Neubauer a kol. (2018, s. 401), který dodává: „*Přesto, že lze koktavost zařadit mezi známé a jasně demonstrující syndromy, problematika etiologie i patogeneze této poruchy a související vhodná a komplexní diagnostika a terapie patří k dosud nevyjasněným, stále diskutovaným problémům.*“



## 5 Dyslalie u dospělých osob

Dyslalie je nejčastější a nejvíce se vyskytujícím narušením komunikační schopnosti. I přesto, že v porovnání s ostatními narušeními komunikační schopnosti bývá tendence pokládat ji za bezvýznamnou, neměla by se podceňovat, jelikož může být například prvními příznaky vážných neurologických onemocnění, může způsobovat psychické problémy či může hrát významnou roli při neúspěchu ve výběru povolání (Lechta, 1990).

Škodová a Jedlička (2003, s. 328) definují dyslalii „*jako neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny v mluvené řeči podle stanovených ortoepických norem*“. Hláška je tvořena nesprávným způsobem. Spolu s dysartrií je řazena mezi narušení článkování řeči. Dle Klenkové (2006, s. 99) spočívá dyslalie „*v neschopnosti nebo poruše používání zvukových vzorů řeči v procesu komunikace podle zvyklostí a jazykových norem daného jazyka*.“

Krahulcová (2007) dává důraz na rozlišování tzv. fyziologické patlavosti (vývojově nesprávná výslovnost) a dyslalie (neboli patlavosti či psellismu). Fyziologická patlavost představuje zcela přirozené odchylky v přesnosti realizace hlásek do pěti let věku dítěte, které jsou způsobené akustickou nedokonalostí sluchového vnímání řeči jiných i sebe sama a motorickou neobratností dítěte. Dyslalii definuje jako „*přetrvávající odchylku výslovnosti jedné nebo více hlásek, kterou můžeme označit za vadný mluvní stereotyp – z hlediska zvuku hlásky, mechanismu či místa a způsobu jejího tvoření nebo obojího*“ (Krahulcová (2007), s. 31). V případě nesprávné výslovnosti můžeme očekávat spontánní korekci výslovnosti, avšak v případě zafixovaného vadného stereotypu výslovnosti (dyslalie) ke spontánním korekcím nedochází. Jelikož je tato práce zaměřena na problematiku dospělých, řešíme pouze dyslalii jako takovou.

Dyslalie je nejrozšířenější odchylkou ve vývoji řečových schopností, vzniká nejčastěji v průběhu předškolního věku a „*zahrnuje artikulaci jedné či více hlásek způsobem, motoricky a především zvukově nápadným a odchýlným od kodifikované a uznávané formy výslovnosti*.“ (Neubauer, 2014, s. 110). Neubauer a kol. (2018) však nesouhlasí s tradičním pojmenováním dyslalie, které považuje za zastaralé, neopírající se o vývoj vědních poznatků a o koncept na důkazy zaměřené terapeutické intervence. Hovoří proto o dyslalii jako o vývojových (v dětském věku) a přetrvávajících poruchách artikulace a fonologického rozlišování, přičemž vytvořené a zafixované odchylky v artikulaci hlásek přetrvávají po celý život v případě, že nejsou upraveny logopedickou

péči. Při neodborném užití reedukačních postupů hrozí nebezpečí neúspěchu a následný názor o neúspěšnosti či extrémní náročnosti v odstraňování poruch artikulace. Při úpravě artikulačních vzorů hlásek u dospělých osob lze výborně využít a posunout jejich stupeň sluchové percepce a motoriky, ovšem pouze v případě aktivní dlouhodobé motivace.

Dyslalie je dle Dvořáka (2001) porucha výslovnosti hlásek artikulace, přičemž artikulace (výslovnost) nejméně jedné hlásky se konstantně zvukově odlišuje v mluvním projevu od kodifikované normy českého jazyka a tím působí rušivě; je tvořena na jiném místě nebo jiným způsobem než stanoví fonetická spisovná norma, a tak působí především vizuálně neesteticky; nebo je současně odchýlná akusticky i esteticky.

Odchylky bývají v literatuře označovány řeckými písmeny s koncovkou a označením místa či způsobu odchýlné artikulace. Nejčastějšími odchylkami jsou sigmatismy (odchýlná artikulace sykavek) a rotacismy (odchýlná artikulace vibrant – hlásek *r* a *ř*). Častým nevhodným mechanismem bývá velární rotacismus, tvorba hlásky *r* či *ř* pomocí vibrace v hrdelní oblasti, nejčastěji s pomocí okraje měkkého patra (ráčkování) a interdentalní sigmatismus (mezizubní poloha hrotu jazyka při artikulaci sykavky), případně addentalní sigmatismus (hrot jazyka se dotýká alveol zubů), při kterém je artikulován zvuk označovaný laiky jako šišlání. Právě přítomnost „lidových“ výrazů pro tyto nejčastější odchylky artikulační normy vypovídá o jejich frekventovanosti, nápadnosti a vlivu na sociální stigmatizaci řečového projevu (Neubauer, 2014). Chybná artikulace hlásky *l* se nazývá lambdacismus, hlásky *k* kapacismus, hlásky *g* gamacismus, hlásky *ch* chiticismus apod. (Lechta, 2003). V případě, že je problematická hláska vynechána, jedná se o *mogilalii*, pokud je zaměněna za jinou hlásku, jde o *paralalii*. Do určitého věku se považuje realizace hlásek touto cestou za fyziologickou, pokud však odchylky překročily věkové hranice, považují se za poruchu (vadu) (Dvořák, 2001).

Reedukace vadné výslovnosti u adolescentů a dospělých vyžaduje speciální metodické postupy a je časově náročnější než v případě dětí, protože se jedná o změnu pevných artikulačních stereotypů (Škodová, Jedlička, 2003).

## 5.1 Prevalence

Dyslalie se vyskytuje častěji u mužského pohlaví než u ženského, často také u lidí s mentální retardací či s jinými přidruženými postiženími. Nicméně stejně tak mohou dyslalií trpět i lidé s nadprůměrným IQ (Škodová, Jedlička, 2003).

Podle údajů ÚZIS bylo v roce 2013 léčeno na logopedických pracovištích celkem 152 177 osob, z toho celkem 66 622 klientů docházelo na logopedii s dyslalií. V roce 2014 pak celkový počet pacientů stoupal na 158 788, stejně tak v roce 2015 s 165 398 klienty, avšak od roku 2016, kdy bylo léčeno 160 234 klientů, z toho 78 207 s dyslalií, se začala čísla opět snižovat na poslední údaj v roce 2017, kdy v péči logopedů bylo v ČR 156 771 klientů, včetně 76 156 klientů s dyslalií. Bohužel od roku 2014 již ÚZIS nepřináší informace o věku pacientů, pouze jednotlivé diagnózy. V roce 2013 bylo z celkového počtu klientů pouze 10 % léčených pacientů starších 19 let, kdy, jak jsme zmiňovali výše, 9,1 % docházelo na intervence kvůli dyslalií.

Krahulcová (2007) udává statistiku z roku 1997, kdy poměr dospělých pacientů byl 5 % z celkového počtu intervenovaných. V roce 2005 pak počet dospělých klientů vzrostl na 7 %. Při srovnání s rokem 2013 výše můžeme tedy vidět, že počet dospělých klientů, kteří vyhledají logopedickou péči, stále vzrůstá. Nicméně nemůžeme s jistotou říci, zda přibývá dospělých s dyslalií, či pouze více těchto lidí dnes vyhledává odbornou péči a má chuť svou řeč změnit. Z těchto statistik můžeme vidět nízký zájem dospělých osob o odstranění chybné výslovnosti. Stranou zájmu tím podle Krahulcové (2007, s. 9) zůstává „*oblast sociální komunikace, komunikační výchovy a komunikačního tréninku včetně péče o správnou výslovnost seniorů, tedy oblast působnosti, jejíž význam narůstá v souvislosti se stárnutím lidské populace. V posledních letech se podle těchto údajů zvětšil taktéž výskyt dyslalie, a to zdánlivě paradoxně: souběžně se zlepšováním péče o logopedické pacienty co do kvality a kompetence, ale i co do vstřícného a přátelského prostředí, ve kterém se dnes na převážné většině pracovišť logopedická péče poskytuje.*“

## 5.2 Etiologie

Mezi nejčastější příčiny dyslalie patří dědičnost, pohlaví dítěte (6:4 v neprospěch chlapců), poruchy sluchu či zraku, poruchy CNS, riziková těhotenství, poškození při porodu a vlivy prostředí (Škodová, Jedlička, 2003).

Klenková (2006) dělí příčiny dyslalie na *funkční*, kdy jsou mluvidla bez poškození, a *organickou*, která je způsobena nedostatky a změnami na mluvních orgánech. *Funkční* dyslalie může být *senzorická*, kdy jedinec nesprávně vnímá a diferencuje mluvní zvuky, a *motorická*, jako důsledek celkové neobratnosti či neobratnosti mluvidel. Příčiny lze také rozdělit na *vnější* a *vnitřní*. *Vnitřními* mohou být poruchy sluchu, nedostatečné rozlišování zvuků, anatomické vady řečových orgánů, neuromotorické poruchy či kognitivně-lingvistické nedostatky. K *vnějším* příčinám řadí psychosociální vlivy, dědičnost, vliv prostředí (nesprávný mluvní vzor, napodobování, zanedbávající výchova), poruchy sluchových a zrakových analyzátorů, nedostatek citů (citová deprivace apod.), poškození nervových drah a CNS.

Krahulcová (2007) vedle klasických faktorů přidává ještě změnu životního stylu, rozpady multigeneračních rodin, způsob komunikace v rodinách, dopady informační společnosti na psychiku člověka, stav životního prostředí, vliv materiálního blahobytu v určitém prostředí a další.

### 5.3 Klasifikace a symptomatologie

Z etiologického hlediska (dle příčin) se dyslalie tradičně dělí na *funkční* a *orgánovou*. Při *funkční* nejsou porušena mluvidla a dále se dělí na *senzorický* (narušena schopnost sluchové diferenciaci) a *motorický* typ (důsledek celkové pohybové, artikulační neobratnosti). *Organická* forma je důsledkem změn na mluvních orgánech, sluchových vad apod. (Klenková, 2006) Krahulcová (2007) ještě přidává dyslalii *smíšenou*, při té je narušený motorický i senzorický výkon ve vztahu k mluvnímu výkonu, a dyslalii *kondicionální*, kdy si dítě uvědomuje nesprávnou výslovnost u jiných, ale nikoliv u sebe.

Podle lokalizace konkrétní příčiny dělíme dyslalii na:

- *akustickou* (audiogenní) – při vadách sluchu
- *labiální* (při anomáliích rtů)
- *dentální* (při anomáliích zubů)
- *palatální* (při anomáliích patra)
- *lingvální* (při anomáliích jazyka)
- *nazální* (při narušení nazality) (Klenková, 2006).

Podle rozsahu se dělí na dyslalii *univerzalis*, *multiplex* a *parciální*. U *dyslalie univerzalis* (*tetismus*, *hotentotismus*) je řeč zcela nesrozumitelná. Je postižena výslovnost téměř všech hlásek, mnohdy jsou souhlásky nahrazovány hláskou *t*. Při *dyslalii multiplex* (*gravis*) je rozsah špatně vyslovovaných hlásek nižší, avšak stále rozsáhlý, srozumitelnost řeči je lepší. Při *parciální dyslalii* (*levis*, *simplex*) se vadná výslovnost týká pouze jedné či několika málo hlásek, srozumitelnost řeči narušena není (Lechta, 1990).

Dle kontextu může být dyslalie *hlásková*, když se týká jednotlivých hlásek, nebo *slabiková* či *slovní*, pokud jsou izolované hlásky tvořeny správně, ale ve slabikách nebo slovech chybně. Při *kontextové* dyslalii uvádí Lechta (2003) symptomy jako např. *elize* (vypouštění, vynechávání hlásek), *metateze* (přesmykování hlásek: celer-cerel), *kontaminace* (směšování hlásek: stůl-tůl), *anaptixe* (vkládání hlásek) a *asimilace* (připodobňování, přizpůsobování hlásek: puk-pup).

Dle způsobu tvoření dělíme dyslalii na *nekonstantní* (hláska není vždy tvořena vadně, v některých spojeních je tvořena správně) a *nekonsekventní* (hláska je tvořena nesprávně vždy jiným způsobem) (Klenková, 2006).

## 5.4 Diagnostika

Diagnostika je cílevědomá činnost, která vede k rozpoznání podmínek, průběhu a výsledku vývoje schopností jedince (Krahulcová, 2007). Cílem logopedické diagnostiky dyslalie je zjištění příčin, druhu i rozsahu poruchy či vady výslovnosti a stanovení diagnózy, ale také prognózy. V závěru diagnostiky je vytvořen individuální plán nápravných postupů. Vyšetření řeči obsahuje anamnestické údaje jedince i rodiny, samotné vyšetření řeči, orientační vyšetření sluchu, hledíme také na kvalitu chrupu – hlavně skusu, způsobu dýchání, mimiky, pohybu rtů a jazyka (Škodová, Jedlička, 2003). Diagnostické vyšetření by také mělo kromě vyšetření sluchu zahrnovat vyšetření artikulačních orgánů, oromotoriky, fonematické diferenciaci, hrubé i jemné motoriky, impresivní a expresivní složky řeči a laterality (Klenková, 2006). Je však na zvážení logopeda, zda je při diagnostice předpokládané dyslalie u dospělého člověka nutné vyšetřit všechny zmíněné oblasti.

Při diagnostice dospívajících a dospělých může logoped využít konverzaci, četbu časopisů nebo knih. Je také možné pořídit zvukový záznam, který má srovnávací a hodnotící význam. Při odchýlném tvoření artikulačních pohybů lze využít i videozáznam. K pořízení záznamu je zapotřebí souhlasu klienta. Na závěr je stanovena diagnóza (dle klasifikace v předešlé kapitole), klientovi je sdělena prognóza a postup při úpravě vadné výslovnosti, zahrnující předpokládanou časovou náročnost, vysvětlení etap procesu učení a nutnosti úzké spolupráce klienta (případně jeho rodiny) s logopedem. Může se stát, že i přesto, že logoped provede důkladné vstupní vyšetření, objeví v pozdější době během nápravy nové zdravotní skutečnosti. Měl by tedy své závěry přehodnotit a případně reedukaci upravit (Škodová, Jedlička, 2003).

Diferenciální diagnostika znamená rozlišování různých narušení podle příznaků a měla by bránit diagnostickým omylům. Vyhodnocuje všechny související okolnosti, příčiny, nemoci a další postižení (Krahulcová, 2007). V rámci diferenciální diagnostiky je nutné odlišit dyslalii od vad výslovnosti při poruchách sluchu; poruchy vyslovování při onemocnění bazálních ganglií a extrapyramidového systému; vady výslovnosti u lidí s mentálním postižením; poruchy výslovnosti při neurologických syndromech (např. dysartrii); komolení a redukce slabik i celých slov při breptavosti; specifické vady výslovnosti při lehké mozkové dysfunkci; nedbalou řeč jako následek deformace sociálních vztahů; žargonové dialektové zvláštnosti; či odchylky ve výslovnosti osob z cizojazyčného prostředí (Klenková, 2006).

Samotné diagnostice by mělo předcházet navázání kontaktu s daným klientem, při kterém se jedná o vytvoření a poté i formování pozitivního terapeutického vztahu a efektivní komunikace. Nejen u dětí, ale i u dospělého člověka může mít první setkání s logopedem důležitý význam. Vzhledem k tomu, že návštěva logopeda může být pro dospělého člověka osobní a citlivou záležitostí, první setkání by mělo probíhat v příjemné a klidné atmosféře.

## **5.5 Terapie**

Terapie dyslalie by měla být u každého klienta volena individuálně. Můžeme při ní využít různých logopedických pomůcek, jako jsou zrcadlo, sondy a špátle (umožňují korigovat artikulační postavení jazyka), rotavibrátor (zprostředkovává pocity vibrace blízké hlásce), diktafon (slouží k sebekontrolě mluvního výkonu), indikátory (slouží k sebekontrolě mluvního výkonu), videozáznam (napomáhá k vědomému chápání

reedukace hlásky) či počítačové logopedické programy (Škodová, Jedlička, 2003). Dříve byly dle Vyštejna (1991) nejpoužívanější pomůckou také drátěné sondy sloužící k polohování jazyka.

Změna neintaktního percepčně-motorického vzoru hlásky/hlásek vyžaduje od dospělé osoby dle Neubauera (2018, s. 332) „úsilí, podobné například snaze o zvládnutí nového cizího jazyka na základní úrovni, a zahrnuje postupné zapojování nového artikulačního vzoru hlásky do řízených forem komunikace (čtení, popis obrazového materiálu, tematický hovor), rozvoj autokorekce v rozlišení neintaktního a intaktního vzoru hlásky s okamžitým korigováním užití neiktaktního vzoru a zapojováním tohoto postupu do spontánní mluvy dospělé osoby.“

### **5.5.1 Zásady reedukace**

Aby byla terapie co nejúspěšnější, je nutné dodržovat následující zásady. Vypisujeme zde ty, které jsou využitelné při úpravě dyslalie u dospělých.

#### *Zásada pozitivního přístupu*

Zásada pozitivního přístupu by měla platit při každé terapii, jedná se o posilování a využívání dovedností v cvičeních, ne však o zdůrazňování znevýhodnění, nedostatků, neschopností nebo postižení.

#### *Zásada krátkodobého a častého cvičení*

Tato zásada je uváděna zejména kvůli malé schopnosti dětí udržet pozornost. U dospělých je však také vhodná, a to z důvodu přetížení mluvidel dlouhým cvičením. Logopedické cvičení má být pro lepší výsledek opakováno několikrát denně. Optimální je cvičit spíše v kratších intervalech vícekrát denně. Dobu cvičení volíme podle individuálních možností klienta.

#### *Zásada zpětné vazby*

Zpětnou vazbou se rozumí kontrola formou sluchu, zraku a pohybu či kontrola společenská. Může se vyskytovat ještě kontrola zdaru či nezdaru, kdy logoped zdar pochválí a nezdar přehlédne.

#### *Zásada užívání pomocných hlásek (substituční metoda)*

Tato zásada je často podceňována a nahrazována základním postavením mluvidel a nápodobou. Jedná se o využívání jiných pomocných hlásek k vyvození hlásek nových

využitím podobného mechanismu tvoření. Užitím substituční metody zefektivňujeme postup nápravy. Substituční metoda je velmi důležitá, protože vytváří nový sluchový a artikulační vzor. Vede klienta ke správnému tvoření hlásky a k vyhasínání vadných návyků.

#### *Zásada minimální akce*

Lidé mají snahu tvořit požadované hlásky ve cvičných slovech hlasitě a přehnaně, nelze pak zcela vnímat jejich tvoření a znění. Proto je vhodnější cvičit tiše a s minimální artikulační silou. Dvojnásob to platí u hlásek vyvozovaných substitučními hláskami (např. t-d-oubí), kdy substituční hláska *d* je jen navozováním základu kmitu.

#### *Zásada individuálního přístupu*

Ke každému klientovi by měl logoped přistupovat dle dosaženého stupně rozvoje schopnosti i osobnostních zvláštností.

#### *Zásada názornosti*

K úspěšné reedukaci je třeba využít multisenzoriální přístup – zapojit zrak, sluch, hmat a vnímání změny pohybu. Klientovi poskytujeme co nejpřesnější informace o artikulačním postavení a sluchovém vjemu (Krahulcová, 2007; Škodová, Jedlička, 2003).

Pokud je dospělý vytrvalý a dostatečně motivovaný, umožňuje dobré navození intaktní artikulace zaměřením se na zvýrazněnou artikulaci, vhodné tempo mluvy, často s pomocí zrcadla či zesílené sluchové vazby. Při terapii musí klient pracovat na vlastní sebekontrolu, mluvním projevu a fonologickém rozlišování v rámci mluvních celků. Logoped musí zároveň dohlížet na vhodný psychoterapeutický přístup (Neubauer a kol., 2018).

### **5.5.2 Etapy a metody reedukace výslovnosti**

Škodová a Jedlička (2003) uvádějí tři etapy reedukace výslovnosti, a to etapu přípravnou a vyvozovací, etapu upevňovací a etapu závěrečnou neboli automatizační.

Krahulcová (2007) popisuje pět etap odstraňování dyslalie:

- **Přípravná cvičení** – například cvičení s jazykem (při reedukaci *r* střídání špičky jazyka za horní a za dolní řezáky)



- **Identifikace hlásky** (poznávání hlásky cestou sluchovou, zrakovou, hmatovou, asociační)
- **Vyvození hlásky** – za použití jedné či více metod dojde k logopedickému vyvození hlásky; i přes důležitost této fáze se nesmíme unáhlit a dále důkladně hlásku procvičovat. Při vyvození hlásky dbáme na přesné pohyby artikulačních orgánů a vzor nápodoby.
- **Fixace nového mluvního stereotypu** – je nutno upevnit nové artikulační schopnosti v optimálním hláskovém spojení a vytvořit správný artikulační stereotyp. Vyvozenou hlásku postupně fixujeme zapojováním do slabik, slov (v různých pozicích), souhláskových shluků, vět a větných stereotypů.
- **Automatizace správné výslovnosti** – v poslední fázi je nutno posilovat a automatizovat artikulační stereotyp při spontánní řeči. Výsledkem této etapy by měla být správná výslovnost hlásky v běžné komunikaci.

**Metody reedukace** mohou být *nepřímé, přímé, substituční* či *mechanické*. *Nepřímá* metoda reedukace je založená na vyvozování hlásek z tzv. onomatopoií (slova napodobující přirozené zvuky), vyvolávajících představu vyvozované hlásky. Tato metoda se používá především při terapii s dětmi. *Přímá* metoda je realizována prostřednictvím cíleného napodobování na základě zrakového a sluchového vnímání s uplatněním cílené podpory vnímání pohybu a polohy mluvních orgánů.

*Substituční* metoda se využívá k vyvození vadné hlásky hláskou z podobného artikulačního místa tvoření či podobného mechanismu tvoření. Metoda je využitelná především v případech patologického tvoření hlásky, kdy nelze předpokládat korekci vadného mechanismu ani vyvození nového artikulačního vzorce. Při substituci se využívá zvukově odlišná, ale artikulačně podobná pomocná hláska.

*Mechanické* metody používají k vyvození hlásky různé pomůcky a přístroje zmiňované v kapitole 5.5. K mechanickým metodám se přistupuje nejčastěji, až když selžou metody předešlé (Zezulková, 2014).

Substituční metoda využívá fyziologického vývoje hlásek. Podle něj musí logoped postupovat. V tabulce níže uvádíme návaznost fyziologického vývoje artikulace hlásek.

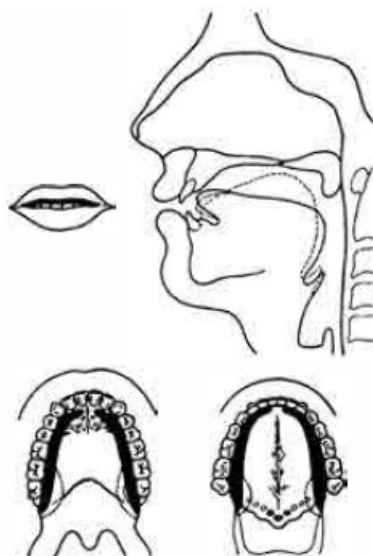
a -> m -> b -> p
a, e, i, o, u (á, é, í, ó, ú) -> au, ou
t -> k -> g
h, ch - pouze nápodobou
l, n, d, t - úprava artikulačního postavení ve třech letech je prevencí chybné výslovnosti, sykavek, hlásky r a ř
í -> e -> j -> bě, pě, mě, vě -> ň, ď, r -> č -> š -> ž
d, t -> r -> ř
t -> c -> s -> z

Tabulka č. 1: Návaznost fyziologického vývoje artikulace hlásek (Škodová, Jedlička, 2003)

Z důvodu zaměření praktické části práce, jsme se v následujících kapitolách soustředili pouze na hlásky *r* a *ř*, které jsou spolu se sykavkami nejvíce reedukovány ve skupině dyslalie dospělých. Můžeme vidět, že tvoření těchto hlásek předchází správný vývoj hlásek *l*, *n*, *d*, *t*. Pokud je jejich tvoření vadné, je tedy pravděpodobné, že bude mít jedinec v budoucnu problém i s tvořením hlásek *r* a *ř*.

### 5.5.3 Logopedická reedukace hlásky *r*

Hlásky *r* je z pohledu zařazení hlásek úžinová, dásňová přední, kmitavá, jedinečná (nepárová), znělá a ústní souhláska z druhého artikulačního okrsku. Při tvoření hlásky jsou rty mírně vzdáleny (artikulace se aktivně neúčastní), spodní čelist mírně spuštěna dolů, hlasivky jsou do artikulace zapojovány, měkké patro uzavírá vstup do dutiny nosní a špička jazyka směřuje k přední části dásňového výstupku, kde je rozkmitána výdechovým proudem (viz obrázek č. 1). Počet kmitů jazyka bývá 1 až 2 kmity v nepřízvučné slabice a 3 až 4 kmity v přízvučné slabice (Pokorná, Vránová, 2007).



Obrázek č. 1: Artikulační postavení při hlásce *r* (Škodová, Jedlička, 2003, s. 343)

### Možné odchylky v artikulaci hlásky *r*

Vyštejn (1991) rozlišuje následující typy rotacismu:

- *Rotacismus bilabiální (retný)* – *R* vzniká rozkmitáním obou rtů.
- *Rotacismus labiodentální (retozubní)* – *R* je vytvářeno závěrem horního rtu a dolních řezáků nebo dolního rtu a horních řezáků.
- *Rotacismus interdentální* – Ke kmitu dochází vysunutím hrotu jazyka, příp. mezi hrotem a horním rtem.
- *Rotacismus lateralis (tvářový)* – Vzniká rozkmitáním tváře na jedné straně. Koutek rtů na dané straně bývá stažen dozadu. Kmity jsou na tváři dobře viditelné.
- *Rotacismus palatalis (patrový)* – Hrot jazyka se stáčí nahoru a dozadu.
- *Rotacismus velaris (zadní patrový)* – *R* vzniká v úžině mezi kořenem jazyka a měkkým patrem nebo rozkmitáním zadního okraje měkkého patra.
- *Rotacismus uvularis (čípkový)* – Při vzniku uvulárního *r* se zvuk vytváří rozkmitáním čípku.
- *Rotacismus nasalis (nosní)* – Artikulační vzduch prochází nosem, vzniká při rozkmitání zadního okraje měkkého patra.
- *Rotacismus glossopharyngalis (jazykohltanový)* – Zvuk se tvoří mezi kořenem jazyka a stěnou spodní části hltanu. Vyskytuje se při rozštěpu patra.
- *Rotacismus laryngalis (hrtanový)* – Objevuje se při palatolalii, je slyšet hrčivý zvuk.

### **Hlásky d, t, n, l**

Při využití substitučních metod je klíčovou hláskou hláska *t*. Proto právě nedokončení artikulačního vývoje hlásek *t* a *d* je jednou z příčin vadného tvoření hlásek *r* a *ř*, může také ovlivnit i tvoření sykavek (interdentální sigmatismus). U dospělých se často vyskytuje špatné tvoření těchto tří hlásek a také hlásky *l*, a to kvůli tvoření posunem hrotu jazyka dolů k horním řezákům nebo na ně a následným zvednutím jazyka pasivně pohybem dolní čelisti vzhůru. Ve většině případů si dospělí klienti nejsou chybného místa artikulace vědomi (jsou to většinou ti, kteří se opakovaně pokoušejí o úpravu *r*). V takovýchto případech je tedy nutné nejdříve upravit výslovnost právě hlásek *d*, *t*, *n* a *l* (Škodová, Jedlička, 2003).

Hláska *l* je klíčovou součástí artikulačního vývoje dítěte. Je zásadní z toho důvodu, že je v určitém období přirozeně užívána jako náhradní hláska za hlásku *r*. Její nesprávné tvoření pak blokuje možnost plynulého vývoje artikulace k utvoření správného zvuku hlásky *r* (Neubauer, 2014).

### **Hláska r**

*R* je hláska artikulačně velmi náročná a velmi často vadně tvořená dětmi i dospělými. Nejčastější příčinou nesprávného tvoření jsou vadné mechanismy vibrace, které jsme uváděli výše. Když dítěti nejde *r* správně vyslovit, snaží se nahradit kmitání jiným mechanismem. Správná výslovnost hlásky *r* je náročná na přesné artikulační postavení. Také velmi závisí na dobré motorice jazyka.

Hlásku *u* dospělých i u dětí vyvozujeme většinou substituční metodou, pomocí které dosáhneme přesného artikulačního postavení. K substituci užíváme intaktní hlásku *d*, kterou klient vyslovuje přesně a bez výrazného pohybu dolní čelisti. Nejlépe se substituční *d* jako počáteční náhrada za kmitné *r* daří po souhláskách. V laické veřejnosti je nejznámější spojení s hláskou *t* (*td*), často se však vyvození nezdaří. Můžeme vyzkoušet i jiné kombinace i s hláskami z jiného artikulačního místa, jako třeba *k* (*kd*). Při nácviku dbáme na přesné předříkávání pomocné hlásky *d*, která je jen lehce naznačena a vytváří s hláskou *t* náznak kmitu hrotu jazyka. Dospělým je třeba vždy před nácvikem vysvětlit princip substituce a objasnit jim užívání právě hlásky *d* (Škodová, Jedlička, 2003).

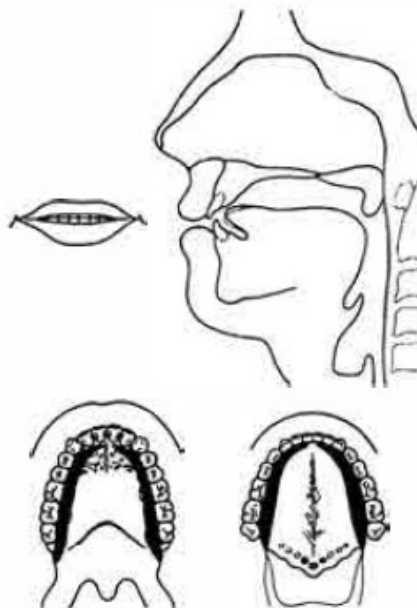
Neubauer (2014, s. 144) popisuje další postup při využití substituční hlásky, který „vychází od krátkých slabik, nejčastěji typu „DdN, TdN, TdA“ ap. Postup je založen na přesné nápodobě vzoru s užitím zrychleného pohybu jazyka a oslabené nevýrazné artikulace pomocné hlásky „D“. Dochází k vytvoření rychlého kmitu jazyka se zvukem jednokmitného krátkého „R“.“ Začíná se pouze slabikami jako *tda, tde, tdo, tdu*, (zkoušeno nejdříve s *d* a *t*), přidávají se krátká slova, s *td/dd* na začátku a na konci slova (v každém slově pouze jedno *r*), přes slova postupně se všemi hláskami až po nejtěžší souhláskové shluky a kombinací *l* a *r* v jednom slově či více *r* v jednom slově. Vyštejn (1991) doporučuje postupovat s cvičnými slovy následovně: slova s *r* ve skupině (po souhlásce) na začátku slova, ve skupině uvnitř a na konci slov a po souhlásce, uvnitř slov po samohlásce, uvnitř slov mezi dvěma samohláskami, na konci slov po samohlásce, po předložce a na konec na začátku slov.

V případě, že se hlásku *r* nedaří vyvodit přímou či substituční metodou, můžeme využít mechanickou metodu s pomocí špátle či rotavibrátoru. Při rychlém a nedůrazném opakování hlásky *d* logoped prstem či špátlí rozkmitá jazyk mírně do stran tak, aby vznikl správný zvuk. Stejně tak lze využít rotavibrátor, který jedinci ukáže, jak přesně má zvuk znít.

Jestliže dospělý tvoří spontánně správně kmitné *ř*, je možné využít tuto hlásku také jako substituční hlásku pro nácvik *r*. Při opakování hlásky *ř* dospělý zvětší čelistní úhel a při kmitání jazykem by se mělo vytvořit *r*. Ne vždy se však vyvozování hlásky *r* touto metodou úspěšně daří.

#### **5.5.4 Logopedická reedukace hlásky ř**

Hlásky *ř* je úžinová, dásňová přední, kmitavá, znělá i neznělá (dle pozice ve slově) ústní souhláska z druhého artikulačního okruhu. Při tvoření hlásky *ř* jsou rty mírně zaokrouhlené, čelisti jsou k sobě přiblíženy, zuby jsou u sebe, hlasivky jsou do artikulace buď zapojovány, nebo nezapojovány, měkké patro uzavírá vstup do dutiny nosní a špička jazyka směřuje k přední části dásňového výstupku, kde je rozkmitána výdechovým proudem (viz obrázek č. 2). Jazyk je celkově rovnější než při tvorbě *r*, kmity jsou rychlejší a početnější (Pokorná, Vránová, 2007). *Ř* je specifické nejen svým tvořením, ale i znělostí. Po znělých hláskách a na začátku slov je znělé, po neznělých, uprostřed slova a na konci je neznělé (př. znělá – dřep, římsa; neznělá – keř, pilíř, třicet).



Obrázek č. 2: Artikulační postavení při hlásce ř (Škodová, Jedlička, 2003, s. 343)

### Možné odchylky v artikulaci hlásky ř

Podle Krahulcové (2007) se rotacismus bohemicus vyskytuje u 42,2 % školáků. Bez logopedické intervence pak zůstává u části z nich až do dospělosti. Dle Vyštejna, (1991) jsou nejčastějšími vadami hlásky ř paralálie, kdy je hláska nejčastěji nahrazována hláskami *j*, *h*, *t*, *ž*, *d*, *d'*. V případě vadného tvoření ř pak rozlišujeme následující typy:

- *Rotacismus bohemicus labiodentální* (retozubní) – Hláska je tvořena mezi dolním rtem a horními řezáky. U znělého ř připomíná zvuk hlásku *v*, u neznělého pak hlásku *f*.
- *Rotacismus bohemicus bilabiální* (obouretní)
- *Rotacismus bohemicus velární* (měkkopatrový) nebo *uvulární* (čípkový) – vzniká kmitáním okrajů měkkého patra a čípku.
- *Rotacismus bohemicus laterální* (bokový) – Vyskytuje se především v kombinaci s laterálním sigmatismem, což vybavuje hlásku ř určitou sykavostí.
- Jsou popisovány i vzácné případy ř *nazálního* neboli *nosového*.

(Krahulcové, 2007; Vyštejn, 1991)

Vyvozování je prováděno pomocí substituční hlásky *r*. Klient šeptem předřikává prodloužené *drrr*, kontroluje si artikulační postavení v zrcadle. K usnadnění se používá kombinace se samohláskami v pořadí *u, o, a, e, i*. Samohlásky *u* a *o* mají podobné postavení rtů jako hláska *ř*. Je vhodné nacvičovat *ř* nejprve po znělých hláskách a postupně přejít k nácviku po hláskách neznělých a postupně přidávat na hlase. Pokud se nápodoba daří, nácvik je veden jen předřikáváním *ř*. Po skončení nácviku cvičíme kombinace ve slabikách, slovech, větách, až po těžká slova s hláskami *r* i *ř* (Škodová, Jedlička, 2003). Vyštejn (1991) popisuje řazení cvičných slov z didaktických důvodů dle výskytu hlásky ve slově, a to v pořadí po souhlásce, na začátku slova, v poslední slabice nebo po slabice uvnitř slova, uprostřed po samohlásce před souhláskou, a na konci.

Je také možné využít hlásky *t, d* a *c*. Hláska je realizována prodlouženě a šeptem, při prudkém výdechu a posouváním hrotu jazyka mírně vzad se objeví zvuk hlásky *ř* (Neubauer, 2014).

Krahulcová (2007) uvádí také vyvození pomocí rotavibrátoru, kdy klient vyslovuje *š* nebo *ž* ve spojení se samohláskou a pod hrot jazyka přiložíme rotavibrátor, který nastavíme na jemné kmity.

Podle Škodové a Jedličky (2003, s. 337) je u dospělých osob reedukace hlásek časově náročná, protože většinou vychází z profesní potřeby. Úpravu artikulace dle nich totiž „nejčastěji žádají zájemci o pedagogická studia, pracovníci médií a kultury atd. Reedukační postupy musí být prováděny komplexně a cíleně, aby efekt byl rychlý a kvalitní. Pro zlepšení vědomé spolupráce musí klinický logoped vždy seznámit klienta s navrhovanými postupy, metodami a prognózou.“

## 5.6 Prevence

Logopedická prevence dyslalie může být primární a sekundární. Ta primární probíhá u intaktních dětí ve smyslu výchovné stimulace přirozeného vývoje a sekundární prevence by měla být vždy prováděna u osob s narušenou komunikační schopností, u kterých tak cíleně odstraňujeme možnost dalšího narušení.

V logopedické praxi lze využít depistáže (dnes se užívá označení orientační logopedické vyšetření) cíleně zaměřené na předškolní věk, osvětové akce v médiích či například přednáškové činnosti pro rodiče a výchovné pracovníky mateřských a základních škol a další (Škodová, Jedlička, 2003).

Důležité je posilovat u dítěte chuť k mluvení pozitivním a citovým přístupem k dítěti, častým a intenzivním projevováním lásky, častou komunikační příležitostí a poskytováním správného a laskavého mluvního vzoru. Dále je vhodné využívat fonetické hry, sluchová cvičení, procvičovat jemnou i hrubou motoriku a nepřetěžovat dítě nadměrnými a nepřiměřenými požadavky. Nedoporučuje se na dítě mluvit přehnaně mazlivě či deformovanou výslovností ani chválit či obdivovat nesprávnou výslovnost, dítě kárat, posmívat se mu či ho za výslovnost trestat apod. (Krahulcová, 2007).

U intervence dospělých s narušenou komunikační schopností je vždy nutná osobní motivace a vytrvalost. Pokud je motivace silná (např. správná výslovnost jako podmínka přijetí na vysokou školu, úspěch v zaměstnání, reprezentativní pozice v zaměstnání, ale i jako vzor pro vlastní dítě), je úspěch takřka vždy zaručen. Velmi špatně se však hodnotí předpokládaná doba potřebná k úpravě všech vadně tvořených hlásek (Škodová, Jedlička, 2003).

Stejně jako u dětí je reedukace u dospělých velice individuální a záleží na každém jedinci, jak k ní bude přistupovat. Důležitým faktorem je jak vztah logopeda s klientem, tak jeho motivace, vytrvalost a chuť do náročné práce i zkušenosti logopeda. Od těchto ukazatelů a mnoha dalších se odvíjí postup a trvání celé logopedické reedukace. Až po nějaké době intervence pak může logoped odhadnout, jak si bude klient dál vést. Avšak to, zda dospělý dokáže vytrvat, neztratí naději a dojde do zdárného konce, na kterém na něj čeká intaktní výslovnost, je především na něm.



## 6 Terapeutická intervence dyslalie hlásek *r* a *ř* u dospělých

V praktické části práce jsme se rozhodli uskutečnit výzkum zaměřený na logopedickou intervenci u dospělých s dyslalií. Výzkum je zaměřen na analýzu průběhu intervence a reedukace dospělých s dyslalií, která je prováděna klinickými logopedy, a na zjišťování rozdílů v terapii dětí a dospělých. Z důvodu nejčastějšího výskytu jsme zvolili intervenci při reedukaci hlásek *r* a *ř*.

### 6.1 Uvedení do praktické části diplomové práce

Gavora (2008, s. 11) definuje výzkum jako „*systematický spôsob riešenia problémov, ktorým sa rozširujú hranice vedomostí ľudstva. Výskumom sa potvrdzujú či vyvracajú doterajšie poznatky, alebo sa získavajú nové poznatky.*“ Výzkum může být kvantitativní či kvalitativní. Pro naši práci jsme zvolili kvalitativně orientovaný výzkum, který je vhodný pro hluboké zkoumání a jemnou analýzu konkrétního prostředí. Kvalitativní výzkum je často intenzivní, dlouhodobý a je při něm zhotovován podrobný zápis.

Výzkumné šetření se skládá ze dvou částí, v první části jsme sbírali data metodou rozhovoru s klinickými logopedy, v druhé části jsme pomocí smíšeného modelu sběru dat vytvořili případové studie dospělých s diagnózou s rotacismus a/nebo rotacismus bohemicus. Při rozhovorech jsme zkoumali především zkušenosti klinických logopedů s dospělými klienty s dyslalií, metody reedukace a využívané pomůcky a materiály. Případové studie dospělých s dyslalií popisují průběh logopedické terapie dospělých s dyslalií hlásek *r* a *ř*, zaznamenávají postup korekce, pomůcky, cvičení a další náležitosti terapie.

Výzkum probíhal v Plzeňském kraji, a to především z důvodu našeho bydliště, našeho vykonávání odborných praxí v tomto kraji a naší budoucí působnosti.

Výzkum byl naplánován na období od července 2018 do dubna 2019. V období před započítím výzkumu jsme zpracovali rešerši dostupné literatury, seznámili se s teoretickými základy problematiky a formulovali jsme výzkumný problém. V červenci 2018 jsme pak započali logopedickou reedukaci s dospělými. Rozhovory s logopedy byly uskutečněny v srpnu 2018.

## 6.2 Stanovení cílů výzkumu a výzkumných otázek

Hlavním cílem výzkumného šetření v praktické části práce je zanalyzovat průběh logopedické intervence dospělých s dyslalií hlásek *r* a *ř*. Narušení těchto hlásek je nejrozsáhlejší mezi dospělou populací, avšak je stále pouze v malém procentu případů jedinci reedukováno. Často je nesprávná výslovnost dospělých jedinců opomíjena, přehlížena a neřešena. Tyto osoby ji nepovažují za takový problém, aby sami vyhledali logopeda, který by jim s tímto narušením pomohl. Proto jsme do této problematiky chtěli nahlédnout hlouběji.

K hlavnímu cíli jsme přidali ještě tři cíle dílčí. Dílčím cílem číslo 1 je zjištění důvodů pro zahájení intervence u dospělých s dyslalií, dílčím cílem číslo 2 je popsání hlavních rozdílů v intervenci u dětí a dospělých a posledním dílčím cílem číslo 3 je nalezení dostupných materiálů vhodných pro intervenci s dospělými klienty.

Ve vztahu k výše prezentovaným cílům výzkumu jsme definovali čtyři výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka VO1:

*Jak probíhá logopedická intervence u dospělých klientů s dyslalií hlásek r a ř?*

Výzkumná otázka VO2:

*Jaká je motivace dospělých klientů s dyslalií k tomu, aby navštívili klinického logopeda?*

Výzkumná otázka VO3:

*Jaké jsou rozdíly v logopedické péči o děti a o dospělé klienty?*

Výzkumná otázka VO4:

*Které logopedické materiály a publikace jsou nejčastěji využívány při logopedické terapii dyslalie u dospělých osob?*

Cíle empirické části jsme se snažili splnit, výzkumné otázky zodpovědět prostřednictvím výzkumného šetření.

### 6.3 Užitá metodologie výzkumu

Nejobvyklejšími zdroji údajů jsou při kvalitativním výzkumu rozhovor, pozorování či evaluace a další. My jsme jako nejvhodnější metodu zvolili rozhovor, který je dle Průchy (1995) nejpoužívanější metodou v pedagogických, psychologických, sociologických, etnografických i jiných výzkumech. Definuje ji jako metodu dotazování, při které je dotazovaná osoba vedena otázkami tazatele k sdělování určitých informací. Rozhovor je podobný dotazníku, avšak je založen na mluvené komunikaci tazatele a respondenta.

Existují tři druhy rozhovoru, a to strukturovaný, nestrukturovaný a polostrukturovaný. Při strukturovaném rozhovoru jsou otázky pevně dané a jedná se vlastně o ústní dotazník. Z časového hlediska je jeho vedení nejméně náročné. Nestrukturovaný rozhovor umožňuje naprostou volnost odpovědí. Je stanovené pouze téma, obsahový rámec a otázky se vytvářejí dle toho, jak se odvíjí rozhovor. Z hlediska náročnosti je tento typ rozhovoru nejsložitější a vyžaduje zkušenosti tazatele. Polostrukturovaný rozhovor je na pomezí předchozích dvou typů. Stanovuje se při něm základní obsahové schéma a několik základních otázek. Další otázky vznikají v jeho průběhu (Gavora, 2008).

Pro náš výzkum jsme zvolili metodu polostrukturovaného rozhovoru, kdy jsme měli stanovené téma, připravené i otázky, s tím, že od hlavních otázek odbočíme, pokud to bude účelné. Rozhovory probíhaly v jednotlivých ambulancích daných logopedů.

V druhé části výzkumu jsme využili metodu případové studie, při které *„je zkoumání podrobena jen několik nebo dokonce pouze jeden subjekt nebo jev edukační reality. ... Zkoumaný „případ“ je detailně popsán a vysvětlován, takže dochází k takovému typu objasnění, jehož nelze dosáhnout při zkoumání týchž subjektů či jevů v nějakém hromadném souboru.“* (Průcha, 1995, s. 63) Prostřednictvím případových studií, popisujeme průběh reedukace dyslalie dvou dospělých klientů.

## 6.4 Charakteristika výzkumného souboru

Pro první část výzkumu, a to pro analýzu průběhu intervence a reedukace dospělých s dyslalií, která je prováděna klinickými logopedy, a pro zjišťování rozdílů v terapii dospělých a dětí, jsme jako respondenty zvolili klinické logopedy ze soukromých ordinací z Plzeňského kraje.

O rozhovor jsme telefonicky požádali šest klinických logopedů. Dva logopedi odmítli spolupracovat, jeden již při telefonickém rozhovoru uvedl, že s reedukací dospělých s dyslalií nemá zkušenosti, a se třemi logopedy jsme se domluvili na pozdější schůzce. Všemi třemi respondenty byly ženy, klinické logopedky s více než pětiletou praxí, mladší čtyřiceti let, pracující v soukromé ambulanci klinické logopedie. Vybírali jsme logopedy, kteří se nespecializují pouze na dospělé pacienty a navštěvují je v převážné většině dětské klienti (neoslovovali jsme oddělení při nemocnicích či poliklinikách).

Označení respondenta	K	L	M
Pohlaví	Žena	Žena	Žena
Titul	Mgr.	Mgr.	Mgr.
Povolání	Klinický logoped	Klinický logoped	Klinický logoped
Resort působnosti	Zdravotnictví	Zdravotnictví	Zdravotnictví
Pracoviště	Soukromá ambulance	Soukromá ambulance	Soukromá ambulance
Délka praxe	6 let	8 let	11 let

Tabulka č. 1 – Výzkumný soubor respondentů, kliničtí logopedi

Pro druhou část výzkumu jsme zvolili dva dospělé s dyslalií. Při výběru zkoumaného vzorku byly osoby voleny záměrným výběrem. Nejdůležitějším kritériem byla přítomnost narušené komunikační schopnosti, specificky dyslalie levis, s diagnózou rotacismus či rotacismus bohemicus. Jelikož se tyto jedinci nelehce hledají a ještě hůře oslovují, vybrali jsme dva muže ze svého okolí, které méně či více známe, kteří mají vadnou výslovnost hlásek *r* a *ř*. Opatrně jsme se vyptali na jejich řečový problém a požádali je o možnou spolupráci na jejich reedukaci. V obou případech jsme jim dali čas na rozmyšlenou a po nějaké době se opět na dospělé obrátili. Oba muži se spoluprací a reedukací souhlasili a tímto začal průběh našich případových studií. Oběma respondentům jsme slíbili, že jejich účast na výzkumném šetření včetně

veškerých údajů bude anonymní a bude sloužit pouze pro účely vypracování této diplomové práce.

Respondenti tedy byli muži ve věku 29 a 26 let z města Rokycany, jeden s rotacismem a druhý s rotacismem a rotacismem bohemicus. Z důvodu anonymity a lepší orientace jsme v případových studiích respondenty označili náhodně vybranými jmény Petr a Pavel.

Označení	Petr	Pavel
Pohlaví	Muž	Muž
Věk	29 let	26 let
Vzdělání	Magisterský titul	Výuční list
Povolání	Lektor AJ	Technik výroby
Bydliště	Rokycany	Rokycany
Diagnóza	Dyslalie levis, rotacismus palatalis, rotacismus bohemicus labiodentalis	Dyslalie levis, rotacismus velaris

Tabulka č. 2 – Výzkumný soubor respondentů, případové studie

## 6.5 Prezentace dat získaných rozhovory s klinickými logopedy

V první části výzkumu jsme se dotazovali klinických logopedů na problematiku reedukace dyslalie u dospělých s bližším zaměřením se na rotacismus a rotacismus bohemicus. Jak jsme psali výše, pro získání dat jsme použili polostrukturovaný rozhovor. Měli jsme připravených třináct otázek, na které jsme se dotazovali. Tím, že rozhovor nebyl plánován jako strukturovaný, jsme měli možnost dotazovat se nad rámec otázek, ale nebylo to vždy nutné. Přepsané rozhovory se všemi třemi logopedkami jsou přiloženy k práci v sekci Přílohy.

V úvodu rozhovoru jsme představili naši práci, její téma, zaměření a plán výzkumu a dotazovali jsme se na osobní otázky, jako je délka praxe, titul, pracoviště, místo působnosti a jiné informace, které jsou popsány v předchozí kapitole, která se zabývá charakteristikou výzkumného vzorku.

Dále jsme se dotazovali na zkoumanou problematiku a zařadili otázky, díky kterým jsme dokázali odpovědět na výzkumné otázky a splnit cíle výzkumného šetření. K 13 předem připraveným otázkám, jsme v některých příkladech připojili otázku doplňující. Rozhovory vedla vždy autorka práce. Celkově byly rozhovory vedeny v příjemné atmosféře s pozitivní náladou respondentů i tazatele (autorka práce). Všechny otázky byly otevřené, avšak první otázku bychom mohli nazvat dichotomickou, jelikož odpovědi mohlo být jen ANO nebo NE. V následujících řádkách vypisujeme jednotlivé odpovědi respondentů na dané otázky.

Můžeme říct, že respondenti ve většině otázek odpovídali podobně. Shodovali se na zkušenosti s prací s dospělými s dyslalií (což bylo podmínkou pro rozhovor), stejně tak neuvedli vyšší počet zastoupení dospělých s dyslalií v terapeutické praxi než 5 %. Právě 5 %, nejvyšší uvedené zastoupení dospělých, uvádí respondent L. Všichni také uvedli, že nejčastějšími odchýlně tvořenými hláskami jsou hlásky *r*, *ř*, a sykavky. Respondent L jako jediný přidal narušení hlásek *d*, *t*, *n*.

Dále jsme se respondentů ptali na popis postupu reedukace hlásky *r* a *ř* u dospělých klientů. Všichni respondenti se shodli na vyvozování hlásky *r* substituční metodou se substituční hláskou *d*. Tomu dle nich předchází rozhovor, podrobné vysvětlení problematiky, analýza korektního a nesprávného způsobu a místa tvoření hlásky a nástin průběhu a délky terapie. Dále je pak prováděno zpřesnění orofaciální motoriky průpravnými cvičeními (nácvik elevace hrotu jazyka při větším čelistním úhlu, obratnost hrotu jazyka), průpravná cvičení pro nácvik substituční metodou – upevnění artikulace *t* a *d* s hrotem jazyka za horními řezáky při větším čelistním úhlu, artikulací cvičení: LA-LA, LA-DA, DA-DA, D-D-D, D-DN, T-DN, DN-DN apod. Následuje vyvození hlásky (využití pomocné hlásky *d*) v souhláskovém shluku „TR„ a „DR“, poté další souhláskové shluky (např. „KR“, „HR“, „BR“, „VR“...), poté v dalších pozicích (individuálně podle schopností klienta), s využitím zpětné sluchové i zrakové vazby. Dle respondentů K a M lze využít i podpory vzniku kmitné varianty vibračními masážemi jazyka pomocí rotavibrátoru, popř. gumičky, špátle, prstů. Všichni se dále shodují na postupné fixaci vyvozené hlásky (slabiky, slova, sousloví, věty, čtení a reprodukce textu, popis obrázku), posilování autokorekce, a konečně automatizace ve spontánním projevu. Respondent K ještě přidává průběžnou motivaci klienta k domácímu nácviku a k vytrvání zejména při fázi automatizace.

Pro vyvození hlásky *ř* je dle všech respondentů nutná korektní artikulace hlásky *r*. Po úvodním rozhovoru, vysvětlení problematiky, nastínění průběhu a délky terapie, motivaci klienta a oromotorických cvičeních vyvozují respondenti hlásku *ř* pomocí substituční metody s využitím substituční hlásky *r*. Při zubech u sebe, zakulacených rtech a šeptání hlásky *r* artikuluje klient souhláskový shluk „TR“, „DR“ a při zesílení výdechového proudu by se mělo ozvat „TŘ“, „DŘ“. Po vyvození následuje postupná fixace při trénování od slabik TRI-TRI, DRE-DRE, DRI-DRI, KRU-KRU, HRU-HRU, přes slova, věty, slovní spojení postupně až k automatizaci ve spontánním mluveném projevu. Respondent K opět zmiňuje důležitost průběžné motivace dospělého k domácímu nácviku a k vytrvání především při fázi automatizace. Respondent L doplňuje možnost využití substituční hlásky *c*.

Mezi pomůckami používanými při intervenci s dospělými s dyslalií, které dotazovaní kliničtí logopedi zmiňovali, se opakovaly ve dvou případech logopedické zrcadlo a rotavibrátor, po jednom výskytu pak špátle, logopedické sondy, mikrofón pro záznam zvuku, obrazový materiál, texty, společenské hry a počítačové programy.

V odpovědích na otázku ohledně publikací používaných při intervenci s dospělými s dyslalií uvedl ihned pouze respondent L publikace, které při intervenci používá, a to Cvičné texty (Treuová), Slovní patlavost (Dvořák), Učíme se hlásku (Kolmanová, Kašovská) – texty v zadní části publikace, a Logopedické pohádky (Eichlerová), pro ty, kteří čtou pohádky svým dětem. Zbývající respondenti uváděli spíše materiály jako texty, obrázky (ne s dětskou tematikou), časopisy, knihy a upřednostňovali témata dle klientova zájmu. Když jsme se dvou respondentů doptávali na publikace specificky zaměřené na dospělé, respondent M uvedl publikaci Přehled české výslovnosti, avšak tuto knihu nevlastní a tudíž nepoužívá, a knihu Vady výslovnosti (Vyštejn). Respondent K si žádnou publikaci v tu chvíli nevybavil, při doplňující otázce, zda zná knihu Přehled české výslovnosti: logopedická a ortoepická cvičení pro dospělé od Pokorné a Vránové, odpověděl, že ano, ale že ji při terapii nepoužívá.

Při následující otázce ohledně motivace dospělých klientů se všichni tři respondenti shodovali na zahájení intervence z důvodu zaměstnání, přijetí na vysokou školu a narození vlastního dítěte, pro které chce být rodič správným řečovým vzorem. Respondent navíc zmiňuje osobní růst, respondent M klientův partnerský vztah a respondent L i cizince, kteří chtějí bezchybně ovládat českou výslovnost.

Jako důvody dospělých pro ukončení terapie bez úspěšného dokončení reedukace respondenti uváděli ve dvou výskytech délku procesu vyvozování či automatizace, dále pak po jednom výskytu nezdar a pracovní vytíženost. Respondent L nemá od klientů zpětnou vazbu ohledně ukončení, jelikož se spíše klient již bez omluvy nedostaví na terapii. Uvádí však nedostatečnou motivaci a trpělivost.

Délku terapie dospělých s dyslalií odhadují logopedi odlišně. Nejkratší dobu zmínil respondent M, a to od půl roku, roku až po tři možné roky, avšak přidává váhu motivace a obtížnosti hlásky, a respondent K, který uvádí také půlrok až možných pět let terapie. Také doplňuje, že klient často terapii ukončí před zautomatizováním korektní artikulace hlásky. Poslední respondent odhaduje přibližnou dobu terapie na deset měsíců až možný rok, avšak dle něj záleží na osobnosti člověka, jeho motivaci i rozsahu a typu dyslalie.

Četnost návštěv respondenti dospělým klientům s dyslalií v případě reedukace jedné až dvou hlásek doporučují různě. Respondent K dává důraz na individualitu každého klienta, ale uvádí průměrnou četnost jednou za tři týdny (u některých klientů jedenkrát za 14 dní, u jiných jedenkrát za měsíc). Respondent L potkává klienty ideálně jednou za 4 týdny a respondent M zpočátku jedenkrát za 14 dní, později pak jedenkrát měsíčně.

V předposlední otázce jsme se respondentů ptali, jaké jsou dle jejich názoru největší rozdíly v reedukaci dětí a dospělých klientů. Respondent K odpověděl, že u dospělých je výhodou jejich vlastní motivace a u dětí věk, díky němuž je výslovnost méně zafixovaná a zautomatizovaná. Respondent L zdůrazňuje nutný odlišný přístup ke klientům a možnost přesného vysvětlení terapie dospělým. Celkově lepší chápání problematiky uvádí respondent M jako výhodu u dospělých, avšak letité nekorektní návyky jsou naopak jejich nevýhodou – ve stejném smyslu se vyjádřil i respondent K. U dospělých je také nutná větší disciplína a motivace, na rozdíl od dětí, které se dle něj dají motivovat lépe, např. odměnou.

Na konec jsme se ptali na jiná narušení komunikační schopnosti dospělých, se kterými se v ambulanci setkávají. Všichni tři respondenti se shodli na afázii, dysartrii, balbuties a tumultus sermonis. Respondent K navíc zmínil i poruchy hlasu a poruchy polykání.



## 6.6 Případové studie

Data získaná pozorováním dospělých v rámci logopedických sezení při reedukaci výslovnosti hlásek *r* a *ř* jsme zpracovali do případových studií. Každou případovou studii vždy doplnil rozhovor s logopedem. Logopedická intervence byla prováděna na soukromém pracovišti klinické logopedie. Obě logopedické intervence probíhaly u stejného logopeda. Před prvním sezením se autorka seznámila s chodem ordinace. Intervence je doplněna několika schůzkami autorky s respondenty bez přítomnosti logopeda, cílenými na zjišťování postupu procvičování mimo logopedickou ambulanci.

Stav reedukace řečové komunikace, chování respondentů a celkový průběh výzkumného šetření byl sledován přímým, nestrukturovaným a zúčastněným pozorováním, které trvalo několik měsíců.

### 6.6.1 Případová studie č. 1: Petr, 29 let

Petr o své dyslalii před setkání s námi věděl, nikdy však o reedukaci u logopeda, a to ani kvůli své profesi, nepřemýšlel. Během výkonu svého povolání se denně stýká s lidmi a hovoří s nimi. Vzhledem k tomu, že učí anglický jazyk, se jeho rotacismus bohemicus při práci neprojevuje. Jeho rotacismus v anglickém jazyce laik neslyší, protože anglická hláska *r* se tvoří jiným způsobem. Při zjišťování, zda by se chtěl účastnit našeho výzkumného šetření a podstoupit reedukaci vadně vyslovovaných hlásek za pomoci logopeda, nejdříve váhal, avšak po promyšlení a zvážení důsledků spolupráci přijal. Započala tím v červenci 2018 jeho logopedická intervence.

### Osobní anamnéza

Petr se narodil v roce 1989 jako zdravý novorozenec. Těhotenství i samotný porod proběhl bez komplikací, jeho psychomotorický vývoj probíhal fyziologicky bez problémů. V dětství ani v dospělosti neprodělal žádné závažnější onemocnění a ani v současné době žádným závažným onemocněním netrpí. Kromě operací s končetinami (2x koleno, 2x kotník) nebyl nikdy dlouhodobě hospitalizován. Sám sebe popisuje jako pracovitého člověka, který má rád pořádek, miluje sport, rád cestuje a pracuje s lidmi. Spolupráce s ním byla bezproblémová, měl zájem hovořit o své situaci i o sobě. Reedukaci vnímal jako výzvu, do které se po jistém čase plně ponořil.

## **Rodinná anamnéza**

Petr pochází z úplné rodiny. Je prvním dítětem z prvního těhotenství, má o 4 roky mladšího bratra. Petrově matce je 54 let, má vystudovanou střední uměleckou školu a nyní pracuje v muzeu. Otcí je 55 let má střední školu s maturitou a zastává pozici ředitele provozu v mezinárodní firmě. Otec pochází ze Slovenska, avšak od svých dvaceti let žije v České republice a kromě odlišné melodie řeči nemá žádné narušení komunikační schopnosti. V rodině Petra se však objevuje narušení vibrant u všech dětí Petrovy linie z matčiny strany, tzv. u dvou sester, dvou bratrů i bratra. První sestra má rotacismus, rotacismus bohemicus a sigmatismus, u druhé sestry se vyskytuje sigmatismus, bratr má rotacismus, druhý bratr breptavost a dyslalií multiplex a bratr rotacismus i rotacismus bohemicus. U rodičů a prarodičů se žádné narušení neobjevuje.

Petr v první třídě základní školy navštěvoval s matkou jednou měsíčně logopeda z důvodu vadného tvoření hlásek *r* a *ř*. Ani jeden si přesně nepamatuje přesně, jak dlouho k logopedovi docházel, ale jednalo se přibližně o jeden rok terapie. Ta byla ukončena ze strany Petra, který si vzpomíná na nemilý zážitek s rotavibrátorem, kvůli kterému již na terapii nechtěl docházet. Celkově více vzpomínek o terapii Petr ani jeho matka nemají.

## **Interpretace dílčích informací z výzkumného šetření**

V logopedické péči je tedy Petr od července 2018, přičemž na intervenci dochází jednou měsíčně. Při prvním sezení s logopedem proběhl úvodní rozhovor. Všechny roviny řeči kromě fonetiko-fonologické jsou v normě, srozumitelnost řeči je dobrá, komunikuje bez ostychu. Z foneticko-fonologického hlediska jsou Petrovy modulační faktory řeči v normě, vyskytuje se palatální *r* a labiodentální *ř*. Hlavním cílem terapie je vyvodit hlásku *r* a zautomatizovat její artikulaci a poté vyvodit hlásku *ř* substituční metodou.

Pro začátek zkouší logoped s Petrem oromotorická cvičení, jazyk situují střídavě za horní a dolní řezáky, vyslovují LALALA, LADA DALA. Poté logoped vysvětluje princip substituční hlásky a informuje klienta o nutnosti záměny všech *r* za hlásku *d*. Zkouší princip na spojení LADA DALA DÁDEK a zdůrazňuje nutnost substituční hlásky nezdůrazňovat a vyslovovat tiše a jemně. Do příštího sezení má Petr zkoušet výslovnost s hláskou *d* ve spojeních TD, DD, KD, HD, CHD, v případě úspěšnosti ještě

GD a ke všem těmto spojením připojit hlásku *a* (TDA, DDA, KDA...). Prvním cílem je terapie je přenést artikulační bázi frontálně.

Před druhým sezením se chtěl Petr ujistit, zda provádí cvičení správně, proto se s námi sešel, abychom ho ujistili, že může přidat k procvičování dosavadního i spojení GD a přidat ke cvičení hlásku *a*. Cvičení jsme mu schválili a poradili větší otevření úst při cvičení LADA DALA DÁDEK.

Na druhém sezení v srpnu 2018 Petr logopedovi předvedl, jak doma trénuje, uznává, že trénuje přibližně pouze třikrát týdně. Logoped mu připomněl cvičení, která zapomněl, procvičovala se orientace jazyka v ústech a rozkmitával jazyk. Správný zvuk hlásky *r* zatím nebyl vyvozen, avšak substituční hlásku Petr vyslovuje správně měkce a tiše. Logoped přidává spojení DDN, TDN, DDNKA, TDNKA, při kterých ukazuje mechanickou metodu vyvozování špátlí či prstem, což může Petr trénovat i doma. Při otevření pusy a vyslovování D-D-D-D prstem ze strany na stranu pod jazykem kmitá a vytváří tím správné kmity hlásky *r*. Stejně tak lze prstem kmitnout jednou při vyslovování DDN. Pro další sezení dostává Petr slova napsaná s hláskou *d* místo *r* na procvičení (viz příloha D), slova, která mu nešla, má do příště podtrhnout, a slova, která mu šla nejlépe zvýraznit.

Před třetím sezením v září 2018 se již Petrovi podařilo vyvodit *r* v následujících slovech: dárek, horké párky, prostě, právě, pravda, prosím, triko, tričko, trouba, trubka, princ. *R* se již snažil fixovat v těchto slovech v mluvě s přítelkyní. Vyvození správného zvuku hlásky ho motivovalo k častějšímu cvičení. Zmiňuje také častá cvičení při jízdě autem do práce nebo cvičení s přítelkyní. Pro další cvičení přidal logoped na doma slova se spojením TR a DR (viz příloha E).

V říjnu 2018 se bohužel Petr s logopedem nedokázal sejít, uskutečnili jsme však alespoň společnou osobní schůzku, na které již fixoval i slova s TR na konci jako například ve slovech vítr, svetr, lotr, filtr, metr, litr, Petr, kmotr, kilometr. Dali jsme mu také další slova k procvičování se spojením KR a HR z publikací Logopedie: Listy pro nácvik výslovnosti (2014) a Cvičné texty pro logopedii (2002).

V listopadu 2018 již fixuje hlásku *r* v otevřených slabikách i v některých slabikách uzavřených. Hlásky se tedy nacvičovala zejména v uzavřených slabikách. Petr zatím hlásku používá pouze v kombinacích, ve kterých si je jistý, avšak v těchto kombinacích se je snaží zapojovat i v některých slovech ve spontánní mluvě v domácím prostředí. Během sezení i přes svůj věk projevil zájem o knihu Logopedické pohádky (2016), když mu logopedka zadala, aby přečetl úryvek se zvýrazněnou hláskou *r*. Půjčila mu knihu na měsíc domů, kde údajně Petr četl pohádky své přítelkyni.

Na následujícím sezení v prosinci 2018 se při volném úvodním rozhovoru zjistilo, že Petr již hlásku *r* při záměrném snažení úspěšně fixuje, ale v delších větách občas zapomíná. Největším problémem pro něj byla slova se souhláskovými shluky a kombinace hlásky se sykavkami (SR, CR, ZR, ŽR, ČR, ŠR). Opět se opakovala oromotorická cvičení. Logoped se zaměřil na shluky se sykavkami a hlásky *r* byla procvičována čtením textů, vyprávěním dle fotografie a stálým opakováním. Logoped také Petra podněcuje k využívání hlásky v běžných situacích, mezi lidmi, kterým důvěřuje. Ten tedy pomalu začíná používat nově vyvozenou hlásku *r* nejen při komunikaci s přítelkyní, ale i se svými rodiči či s rodiči přítelkyně.

V lednu 2019 přichází Petr se špatným pocitem ohledně používání hlásky ve společnosti. I přesto, že ho cvičení baví, věnuje mu dostatek času a používá ho již v bezpečném prostředí ve spontánní mluvě, má strach používat ho při kontaktu s jinými než blízkými lidmi. Navrhli jsme proto, že Petrův projev nahrajeme na záznamník a nahrávku mu pustíme, aby slyšel rozdíl ve své výslovnosti. Logoped i Petr souhlasili, a tak Petr přečetl článek se „svým“ vadně tvořeným *r* a následně s nově vyvozeným. Po přehrání bylo znát, že nahrávka Petra motivovala k dalšímu postupu, jelikož sám slyšel velký rozdíl. Dále s logopedem trénovali souhláskové shluky a spontánní používání v řeči prostřednictvím volného rozhovoru.

Při dalším sezení v únoru 2019 má již Petr některá slova plně zautomatizována (shodují se především se slovy zafixovanými již na třetím sezení ze září 2018, ale je jich mnohem více). Sám Petr i jeho přítelkyně uvádějí, že nově vyvozenou hlásku již používá nejen při práci s dětmi, ale i s dospělými. Logoped Petrovi předkládá jedny z nejtěžších slov na další procvičování (viz příloha F). Na konci sezení navrhuje s logopedem Petrovi vyvozování hlásky *ř* z jeho nově vyvozeného *r*. I přesto, že nemá ještě hlásku plně zautomatizovanou, zastává logoped názor, že může začít s vyvozování

další hlásky z již správně vyvozené substituční hlásky *r*. V tuto chvíli Petr raději odmítá s tím, že by raději dál automatizoval pouze *r*.

V březnu 2019 se však na začátku sezení uvolil k vyzkoušení vyvození *ř*. Logoped tedy vedl Petra k tomu, aby vyvodil *ř* substituční metodou z hlásky *r*. Při poloze zubů na sobě, se zaokrouhlenými ústy do *o* a šeptaným *r*, by se mělo ozvat jemné *ř*. To se Petrovi úspěšně ozvalo a zkoušel zvuk používat do otevřených slabik. Tato událost Petra motivovala ještě více k automatizování nového *r* a následné reedukace *ř*. Problematická slova z minulého sezení se již Petr naučil vyslovovat bezchybně, a proto dostal ještě nová slovní spojení a věty (viz příloha G).

Již při prvním čtení činilo Petrovi problémy pouze slovo Karlovarský. Na konci sezení zkusil přečíst řadu slov začínající na *ř* a neobsahující hlásku *r*. Jelikož mu to šlo opravdu výborně, nahráli jsme ho opět na záznamník, aby se slyšel, a po přehrání byl opět plný nadšení.

Při zatím posledním sezení v dubnu 2019 již automatizuje hlásku *r*, avšak ne ve všech komunikačních situacích a především ne při nadšeném spontánním vyprávění. Pokud však na výslovnost myslí a dbá na ni, má problém pouze s ojedinělými slovy. Hlásku *ř* zkouší používat ve slovech začínajících na tuto hlásku, v jiných pozicích se mu zatím převážně nedaří. Následující sezení se tedy budou již specializovat na automatizaci hlásky *r* ve všech pozicích a fixování a vyvozování hlásky *ř* postupně v dalších slovech.

Po skončení posledního sezení jsme hovořili s logopedem kvůli doplnění informací o logopedické intervenci dospělého klienta z případové studie a také kvůli zjištění logopedova pohledu na spolupráci s ním a jeho pokrok ve výslovnosti.

Dle jeho názoru Petr ochotně spolupracuje, i přesto, že ze začátku byl k intervenci spíše pasivní a před prvním vyvozením hlásky *r* ztrácel trpělivost. Po prvních důkazech pozitivního fungování terapie Petrova motivace k reedukaci stoupala. Na sezeních je znát, že doma pilně trénuje, a proto jsou jeho pokroky viditelné. Příjemná je i spolupráce s Petrovou přítelkyní, která na sezení občas chodí s Petrem a v reedukaci ho plně podporuje.

Dle logopeda je již hláska *r* automatizovaná v řeči. Hlásku *ř* se povedlo vyvodit, pokud motivace klienta zůstane stejně silná, bude pravděpodobně fixování a automatizace otázkou několika měsíců, ale pravděpodobně bude stačit kratší období než při hlásce *r*.

### **Shrnutí**

Za dobu devíti měsíců logopedické intervence se povedlo hlásku *r* zautomatizovat v řeči a vyvodit hlásku *ř*. Za celou dobu byl učiněn obrovský pokrok, a to jak díky práci logopeda, tak především pílí a pracovitosti klienta, který svým odhodláním, častým cvičením a pozitivním přístupem dosáhl svého cíle. Účinnost intervencí tedy hodnotíme velmi vysoko, trůfáme si i říct, že pokud Petr vytrvá, čeká ho trvalost výsledků v podobě intaktní výslovnosti.

### **6.6.2 Případová studie č. 2: Pavel, 26 let**

Druhá případová studie popisuje logopedickou intervenci u dyslalie šestadvacetiletého Pavla. Ten svou vadnou výslovnost hlásky *r* vždy vnímal trochu jako překážku, avšak neměl nikdy dostatek sil pracovat na lepší výslovnosti. Když jsme ho však požádali o spolupráci na výzkumném šetření, projevil zájem a spolupráci potvrdil. O svém „ráčkování“ nerad s veřejností mluví, není mu to příjemné a za své narušení se stydí. Z pracovních důvodů započala jeho logopedická intervence v září 2018.

### **Osobní anamnéza**

Pavel se narodil v roce 1992 jako zdravý jedinec do úplné rodiny ve 38. týdnu těhotenství. Jeho vývoj probíhal opožděně, avšak fyziologicky bez problémů. Mluvit začal až po prvním roce, první věty přišly kolem dvou a půl let. V mateřské škole si paní učitelka všimla chlapcovy horší artikulace a doporučila rodičům návštěvu logopeda. Ten u dítěte diagnostikoval opožděný vývoj řeči, takže rodina začala s dítětem docházet na intervenci pravidelně. Jeho narušená komunikační schopnost byla formou návštěv u logopeda reedukována ještě před nástupem na základní školu, avšak velární *r* se nepodařilo vyvodit a napravit. Z nejasných důvodů přestal klient na intervenci docházet.

V současné době Pavel pracuje jako technik výroby ve státní firmě a ve volném čase se věnuje výletům a fotbalu. Pavel netrpí žádným vážným onemocněním ani nikdy nebyl dlouhodobě hospitalizován v nemocnici.

## **Rodinná anamnéza**

Pavel pochází z úplné rodiny. Je jedináčkem z prvního těhotenství. Pavlově matce je 50 let, je vyučená a pracuje jako kuchařka. Otcí je 52 let, je také vyučen a je zaměstnancem ve firmě vyrábějící plechové obaly. Otec jako dítě docházel na logopedickou intervenci s dyslalií (nemáme podrobnosti). V rodině se nyní nevyskytuje jiné narušení.

## **Interpretace dílčích informací z výzkumného šetření**

Pavel tedy logopeda navštěvoval od září 2018 a bylo domluvené, že bude docházet na intervenci jednou měsíčně. První setkání bylo zahájeno úvodním volným rozhovorem, při kterém logoped diagnostikoval u Pavla velární rotacismus (neboli ráčkování), řeč je jinak v normě, dobře srozumitelná, tišší a stydlivá. Hlavním cílem terapie je vyvodit hlásku *r* a zautomatizovat její artikulaci.

Logoped postupuje podobně jako v případě prvního respondenta, zkouší s Pavlem oromotorická cvičení a zjišťují orientaci jazyka v ústech. Špičkou jazyka se střídavě dotýkají za horní a dolní řezáky, vyslovují LALALA, LADA DALA. Poté logoped vysvětluje princip užívání substituční hlásky a informuje klienta o nutnosti záměny všech velárních *r* za hlásku *d*. Ukazuje princip na spojení LADA DALA DÁDEK a upozorňuje klienta na nutnost substituční hlásku nezdůrazňovat a vyslovovat tiše a jemně. Do příštího sezení má Pavel zkoušet výslovnost s hláskou *d* ve spojeních TD, DD, KD, HD, CHD, v případě úspěšnosti ještě GD a ke všem těmto spojení připojit hlásku *a* (TDA, DDA, KDA...).

Při druhém sezení v říjnu 2018 požádal logoped Pavla o ukázkou domácího tréninku daných cvičení. Logoped mu připomněl cvičení, která zapomněl, a procvičovala se orientace jazyka v ústech a rozkmitával jazyk. Správný zvuk hlásky *r* zatím nebyl vyvozen, substituční hlásku vyslovuje s větším důrazem, než je třeba. Jeho úkolem je tedy zaměřit se při cvičení na měkce vyslovované a tiché *d*. Logoped Pavlovi zadává polovinu cvičných slov z přílohy D s hláskou *d* místo *r*.

V listopadu 2018 při návštěvě logopeda již Pavel zvládá vyslovovat substituční hlásku *d* dle požadavků. Procvičují vybraná slova a logoped přidává spojení DDN, TDN, DDNKA, TDNKA, při kterých ukazuje mechanickou metodu vyvozování špátlí či prstem, což může Pavel trénovat i doma. Při otevření úst a současném vyslovování D-

D-D-D a pohybu prstu ze strany na stranu pod jazykem jazyk kmitá a vytváří tím správné kmity pro artikulaci hlásky *r*. Stejně tak lze prstem kmitnout jednou při vyslovování DDN. Pro další sezení zadává logoped Pavlovi k procvičování druhou polovinu slov z přílohy D. Ta, která mu půjdou, má v materiálu zvýraznit, ta která ne, podtrhnout.

V prosinci 2018 na domluvené sezení bez omluvy nedorazil. Kontaktovali jsme ho a dostali vysvětlení a omluvu, že na smluvený termín zapomněl.

Na další sezení v lednu 2019 přišel, avšak v průběhu sezení byl patrný negativní přístup k celé terapii. I přesto, že uváděl, že doma cvičení provádí, hláska *r* mu stále nešla vyvodit a Pavlovi pravděpodobně došla trpělivost. Stejně jako logoped jsme se snažili Pavlovi vysvětlit princip a délku terapie a skutečnost, že vyvození a hlavně následná fixace a automatizace může být velmi dlouhým procesem, který může v případě ráčkování trvat i roky. I přes naši snahu však nakonec Pavel požádal o ukončení terapie.

Při následujícím rozhovoru logoped potvrdil, že takových případů je bohužel více než případů končících plnou úpravou artikulačního postavení. Často motivace či trpělivost jsou nedostatečné a dlouhý proces terapie zapříčiní nechuť v jejím pokračování. Avšak v případě velárního rotacismu se jedná o opravdu těžký a dlouhý proces reedukace, který je dokončen jen v malém procentu případů.

### **Shrnutí**

Respondent druhé případové studie i přes nadějný začátek bohužel ukončil logopedickou intervenci předčasně. Předpokládáme, že za to mohla nedostatečná motivace, píle a trpělivost, ale také nedostatečná podpora ze strany rodiny a přátel. Možným faktorem je také celkový postoj ke své komunikaci a nejistota.

#### **6.6.3 Komparace a shrnutí případových studií**

Případovými studiemi jsme popisovali průběh logopedické intervence dyslalie u dvou mladých mužů. U jednoho se vyskytovalo patologické tvoření hlásky *r* a *ř*, u druhého patologické tvoření pouze hlásky *r*. V časovém rozsahu vymezenému pro náš výzkum se podařilo u prvního muže zautomatizovat hlásku *r* ve většině komunikačních situací a vyvodit a začít fixovat hlásku *ř*. Terapii můžeme považovat za úspěšnou i přesto, že nadále probíhá.



U druhého respondenta trvala terapie pouze pět měsíců a byla ukončena rozhodnutím klienta z důvodu subjektivního pocitu dlouhého trvání terapie a žádných výsledných změn artikulace. I přes ujišťování a vysvětlování klient trval na ukončení terapie. Hláska *r* se bohužel během pouhých tří sezení nepodařila vyvodit, natož fixovat či automatizovat. Logopedická terapie tedy nebyla úspěšná a byla ukončena předčasně.

Každý z respondentů byl odlišný nejen osobností a nadšením, ale také motivací, pílí i vytrvalostí. Pravděpodobně především kvůli těmto faktorům jsou výsledky intervence odlišné. Logoped se pokoušel uplatňovat v obou případech stejné přístupy, avšak stále s přihlédnutím k individualitě každého z respondentů. Důvodem odlišného výsledku může být také individuální oromotorika a nadání pro řeč, podpora rodiny, či domácí dílčí práce samotných respondentů.

Případové studie popisují průběh logopedické intervence dvou dospělých respondentů s dyslalií a ukazují tedy celý proces terapie a jeho individuální odlišnosti u každého jedince.

## **6.7 Závěry výzkumného šetření a diskuze**

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zanalyzovat průběh logopedické intervence dospělých s dyslalií hlásek *r* a *ř*. Pro naplnění hlavního cíle jsme definovali hlavní výzkumnou otázku VO1, a to jak probíhá logopedická intervence u dospělých klientů s dyslalií hlásek *r* a *ř*. Na tuto otázku jsme dokázali odpovědět jak díky rozhovorům s klinickými logopedkami, tak sepsáním případových studií. Případové studie jsme mohli zpracovat díky účasti na všech sezeních logopedické intervence obou respondentů. Detailně tedy popisujeme průběh logopedické intervence v kapitole 6.6 a v kapitole 6.5 uvádíme názory vybraných klinických logopedek na vhodnou reedukaci dyslalie u dospělých. Rozhovory doplňují pozadí intervence, kdy jsme zjišťovali četnost opakování intervence u dyslalie dospělých, nejčastější důvody jejího předčasného ukončení, přibližnou délku terapie, používané pomůcky a materiály, a přibližnou četnost dospělých klientů s dyslalií.

K hlavnímu cíli se váží tři dílčí cíle. Ve vztahu k dílčímu cíli číslo 1, který měl zjistit důvody pro započetí intervence dospělých s dyslalií, jsme zvolili výzkumnou otázku VO2, která se ptala na motivaci dospělých klientů s dyslalií k tomu, aby vyhledali klinického logopeda. O její zodpovězení jsme při rozhovoru požádali klinické logopedky. Ty se shodovaly na tom, že intervence bývá zahájena především kvůli

zaměstnání, přijetí na vysokou školu nebo narození vlastního dítěte, pro které chce být rodič správným řečovým vzorem. Každá z logopedek pak navíc uvedla po jednom dalším důvodu: osobní růst, klientův partnerský vztah a či klienty-cizince, kteří chtějí bezchybně ovládat českou výslovnost.

Druhým dílčím cílem byl popis hlavních rozdílů v intervenci dětí a dospělých, ke kterému se vztahovala výzkumná otázka VO3, a to jaké jsou rozdíly v logopedické péči o děti a o dospělé klienty. Již z teoretické části práce vyplývá, že největší rozdíly jsou především v komunikaci s klientem, zohlednění individuálních vlastností a omezení, využití speciálních metodických postupů a větší časové náročnosti než u dětí, jelikož se jedná o změnu pevných artikulačních stereotypů. To potvrzuje i výzkumné šetření, kterým jsme zjistili, že logopedky považují za největší rozdíly u dospělých odlišný přístup ke klientům, možnosti vysvětlení problematiky, vlastní disciplínu a motivaci, která u dětí většinou chybí, ale také vysokou míru zafixované a zautomatizované nesprávné výslovnosti u dospělých a lehčí vnější motivaci dětí.

Posledním dílčím cílem bylo vyhledání dostupných materiálů vhodných pro intervenci s dospělými klienty. K tomuto cíli jsme definovali výzkumnou otázku VO4, která zjišťovala, jaké logopedické materiály a publikace jsou nejčastěji využívány při logopedické terapii dyslalie u dospělých osob. Na základě odpovědí respondentů uvádíme následující výčet publikací, které lze podle doporučení logopedek používat (některé v modifikované formě) při terapii dyslalie s dospělými klienty:

- DVOŘÁK, Josef. *Slovní patlavost: verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. Logopaedia clinica. ISBN 80-902536-0-1.
- EICHLEROVÁ, Ilona a Jana HAVLÍČKOVÁ. *Logopedické pohádky: příběhy k procvičování výslovnosti*. Vydání druhé. Ilustroval Michaela BERGMANNOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1151-8.
- ŠTĚPÁN, Josef. *Logopedie: listy pro nácvik výslovnosti*. Olomouc: Rubico, 2014. ISBN 978-80-7346-172-0.
- POKORNÁ, Jaroslava a Milena VRÁNOVÁ. *Přehled české výslovnosti: logopedická a ortoepická cvičení pro dospělé*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-169-3.

- TREUOVÁ, Hana a Ludmila LINHARTOVÁ. *Cvičné texty pro logopedii*. 2. vyd. Ilustroval Arna JURAČKOVÁ. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2002. ISBN 80-7311-007-5.
- VYŠTEJN, Jan. *Vady výslovnosti: Diagnostika, ošetření a prevence patlavosti*. 1. vyd. Praha: SPN, 1991. ISBN 80-04-24504-8.

Všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny a hlavní i dílčí cíle práce byly výzkumným šetřením splněny.

V praxi jsme také mohli sledovat diagnostiku klinických logopedů popisovanou v kapitole č. 5.4. Celková terapie popisovaná v kapitole 5.5 byla s menšími individuálními odchylkami sledována při sezeních s respondenty z případových studií. V porovnání s teoretickými východisky v první části práce můžeme podotknout, že oproti některým autorům (Neubauer, Škodová, Jedlička, Krahulcová, Vyštejn) citovaným v kapitole číslo 5, respondenti v našem výzkumném šetření (kromě respondenta M) nezmiňovali tolik možností pro vyvozování hlásek *r* a *ř*, kromě substituční metody s pomocnými hláskami *d* a *r*. Celkově jsme teoretická východiska mohli sledovat aplikovaná v praxi, což nám pomohlo pochopit celou problematiku.

Z důvodu malého výzkumného souboru nemůžeme zjištěná fakta generalizovat, avšak jsme díky zaměření se na delší dobu výzkumu mohli danou problematikou zkoumat déle a více do hloubky.

## **Závěr**

Diplomová práce řeší problematiku logopedické terapie dyslalie jedinců dospělého věku. Z důvodu nejčastějšího výskytu bylo výzkumné šetření zaměřeno specificky na reedukaci patologicky tvořených hlásek *r* a *ř*, tedy na rotacismus a rotacismus bohemicus. Terapie je poskytována klinickými logopedy na vybraných pracovištích.

Hlavním cílem práce bylo zanalyzovat průběh logopedické intervence dospělých s dyslalií hlásek *r* a *ř*. Díky oběma částem výzkumného šetření se nám podařilo docílit vytyčeného cíle, jelikož jsme dlouhodobě pozorovali logopedickou reedukaci a diskutovali o ní s klinickými logopedy. Výsledky obou částí výzkumu se shodovaly se zjištěnými údaji z odborné literatury, všichni respondenti postupují přibližně stejně. Průběh intervence u dospělých s dyslalií začíná průpravnými cvičeními, vyvozením správného zvuku hlásky, následnou fixací nového mluvního vzoru až nakonec přichází postupná automatizace korektní výslovnosti. Tento postup jsme též mohli vidět v rámci terapie popsané v první případové studii. V případě druhém klient zůstal ve fázi před vyvozením správné artikulace, jelikož terapii předčasně ukončil, a proto jsme nemohli sledovat jeho další vývoj. Reedukaci patologické hlásky *ř* jsme měli možnost v případové studii sledovat pouze částečně, avšak potřebné informace jsme získali díky rozhovorům s respondenty z řad klinických logopedů.

Prvním dílčím cílem výzkumného šetření bylo zjištění důvodů pro zahájení intervence u dospělých s dyslalií. Kliničtí logopedi se při rozhovoru shodovali v odpovědích ohledně důvodů započetí intervence dospělými, a to především kvůli zaměstnání, přijetí na vysokou školu nebo narození vlastního potomka, pro kterého chce být rodič správným řečovým vzorem. Jako další možný důvod doplňovali osobní růst, klientův partnerský vztah a či klienty-cizince, kteří chtějí bezchybně ovládat českou výslovnost. Případové studie vypracované v praktické části práce dokazují důležitost motivace pro reedukaci hlásek.

Rozdíly v logopedické intervenci u dětí a u dospělých jsme zjišťovali třetí výzkumnou otázkou. Prostřednictvím rozhovorů při výzkumném šetření logopedi udávali rozdíly v odlišném přístupu ke klientům, v možnosti vysvětlení problematiky, ve vlastní disciplíně a motivaci, která u dětí většinou chybí, ale také vysokou míru zafixované a zautomatizované nesprávné výslovnosti u dospělých a lehčí vnější motivaci dětí. Tímto shrnutím tedy plníme druhý dílčí cíl.

Posledním dílčím cílem bylo nalezení dostupných materiálů vhodných pro intervenci s dospělými klienty s dyslalií. Na základě rozhovorů a logopedické intervence v rámci případových studií jsme se seznámili se sedmi publikacemi, které lze využít pro práci s dospělými klienty. Je pravděpodobné, že jsme se nedozvěděli o všech materiálech pro práci s dospělými, nicméně je zarážející, jak nízký je počet vhodných publikací pro dospělé, oproti velkému množství materiálu specifikovaných pro reedukaci dětské výslovnosti. V této oblasti proto vidíme významný prostor pro vznik nových terapeutických materiálů pro intervenci s dospělými osobami s dyslalií.

Případ respondenta z výzkumného šetření, který bude i nadále docházet na logopedické terapie, by mohl být při pozitivní prognóze úspěšně zakončen. Proces úplné automatizace hlásky *r* a reedukace hlásky *ř* by mohl být popsán v budoucích pracích s podobným zaměřením.

Tato práce by také mohla být využita k rozšíření povědomí o možnosti reedukace patologicky vyslovovaných hlásek, jelikož se dyslalii u dospělých nevěnuje patřičná pozornost, ačkoliv je potřeba tento problém nepřehlížet. Přeci jen jsou dospělí vzorem pro budoucí generace a správný řečový vzor by mohl alespoň lehce pomoci při stále se zvyšující patologické výslovnosti dětí z důvodů pokroků společnosti a rozmachu digitálních technologií.

## Seznam odborných pramenů a literatury

- BALAŠOVÁ, Jana. *Kapitoly z logopedie*. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2003. ISBN 80-86723-05-4.
- BENEŠ, Milan. *Andragogika*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4824-5.
- CUMMINGS, Louise. *Speech and language therapy: a primer*. United Kingdom: Cambridge University Press, 2018. ISBN 978-1-316-62671-9.
- CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
- CSÉFALVAY, Zsolt, KLIMEŠOVÁ, Marta a KOŠŤÁLOVÁ, Milena. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: (manuál)*. Překlad Marta Klimešová. [Praha]: Asociace klinických logopedů ČR, 2003. ISBN 80-903312-0-3.
- CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.
- ČECHOVÁ, Marie. *Čeština - řeč a jazyk*. 2., přeprac. vyd. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-57-9.
- DVOŘÁK, Josef. *Slovní patlavost: verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1999. ISBN 80-902536-0-1.
- DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník*. 2. vydání. Žďár nad Sázavou: Tiskárny Havlíčkův Brod, 2001. ISBN 80-902536-2-8.
- EICHLEROVÁ, Ilona a Jana HAVLÍČKOVÁ. *Logopedické pohádky: příběhy k procvičování výslovnosti*. Vydání druhé. Ilustroval Michaela BERGMANNOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1151-8.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.
- HÁLA, Bohuslav a Miloš SOVÁK. *Hlas, řeč, sluch: Základní věci z anatomie, fyziologie a hygieny hlasového, mluvicího i sluchového ústrojí, z foniatrie, fonetiky, ortoepie, ortofonie atd. základy fonetiky a logopedie*. 2. upravené a rozšířené vyd. Praha: Česká grafická Unie A. S., 1947.
- KEHOE Thomas. D. et al. *Stuttering: Science, Therapy & Practice*. Casa Futura Technologies, 1997. ISBN 978-0965718103.

- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.
- KRAHULCOVÁ, Beáta. *Dyslalie – patlavost*. Praha: Beakra, 2007. ISBN 978-80-903863-0-3.
- KULIŠŤÁK, Petr. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.
- LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitórium : teoretické východiská súčasnej logopédie ; moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. 1. Vydání. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
- LEJSKA, Mojmir. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.
- ŠTĚPÁN, Josef. *Logopedie: listy pro nácvik výslovnosti*. Olomouc: Rubico, 2014. ISBN 978-80-7346-172-0.
- LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
- MURDOCH, Bruce E. *Dysarthria: A Physiological Approach to Assessment and Treatment*. United Kingdom: Stanley Thornes (Publishers) Ltd., 1998. ISBN 0-7487-3311-6.
- MUŽÍK, Jaroslav. *Andragogická didaktika*. Praha: Codex Bohemia, 1998. ISBN 80-85963-52-3.
- NEUBAUER, Karel. *Artikulace a fonologické rozlišování hlásek: jak předcházet rozvoji odchylek výslovnosti u dětí*. Havlíčkův Brod: Tobíáš, 2011. ISBN 978-80-7311-118-2.
- NEUBAUER, Karel. *Logopedie a surdologopedie: učební text pro základní kurz*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-500-4.
- NEUBAUER, Karel, a kol. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

- POKORNÁ, Jaroslava a Milena VRÁNOVÁ. *Přehled české výslovnosti: logopedická a ortoepická cvičení pro dospělé*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-169-3.
- PRŮCHA, Jan. *Pedagogický výzkum: uvedení do teorie a praxe*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-132-3.
- ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA I. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- TREUOVÁ, Hana a Ludmila LINHARTOVÁ. *Cvičné texty pro logopedii*. 2. vyd. Ilustroval Arna JURAČKOVÁ. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2002. ISBN 80-7311-007-5.
- VYŠTEJN, Jan. *Vady výslovnosti: Diagnostika, ošetření a prevence patlavosti*. 1. vyd. Praha: SPN, 1991. ISBN 80-04-24504-8.
- ZEŽULKOVÁ, Eva. *Reedukace dyslalie – 1. díl*. Ostrava, 2014. ISBN 978-80-7464-546-4.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2019 [online]. © ÚZIS ČR 2010-2019 [cit. 2019-02-03]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-logopedickych-pracovist-cr-roce-2013>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2019 [online]. © ÚZIS ČR 2010-2019 [cit. 2019-02-01]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/strucny-prehled-cinnosti-oboru-logopedie-za-obdobi-2007-2017>

### **Sekundární zdroje:**

- NEUBAUER, Karel. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Ostrava: Asociace klinických logopedů ČR, 1997.
- MUŽÍK, Jaroslav. *Androdidaktika*. 2., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2004. Lidské zdroje. ISBN 80-7357-045-9.



## **Seznam příloh**

Příloha A: Přepis rozhovoru s respondentem K

Příloha B: Přepis rozhovoru s respondentem L

Příloha C: Přepis rozhovoru s respondentem M

Příloha D: Cvičná slova z druhého sezení

Příloha E: Cvičná slova z třetího sezení

Příloha F: Cvičná slova ze sedmého sezení

Příloha G: Cvičná slova z osmého sezení

## **Přílohy**

### **Příloha A: Přepis rozhovoru s respondentem K**

**Tazatel (T): Máte zkušenosti s reedukací dyslalie u dospělých klientů?**

K: Ano

**T: Jaké procento Vašich klientů je přibližně zastoupeno dospělými s dyslalií?**

K: Mizivé, jsou to jednotky procent.

**T: Jakou hlásku mají nejčastěji Vaši dospělí klienti narušenou?**

K: Hlásky *r*, *ř*, popř. sykavky

**T: Jak postupujete při reedukaci dospělých s vadnou výslovností hlásky *r*?**

K: Seznámím je s etiopatogenezí, nastíním průběh a délku terapie. Snažím se motivovat klienta.

Zpřesnění orofaciální motoriky díky průpravným cvičení (návik elevace hrotu jazyka při větším čelistním úhlu, obratnost hrotu jazyka), návik fonematického uvědomění si vadné hlásky (diferenciace vadné výslovnosti a korektní realizace nejprve u druhé osoby, poté u sebe samého), průpravná cvičení pro návik substituční metodou – upevnění artikulace *t* a *d* s hrotem jazyka za horními řezáky při větším čelistním úhlu, zjemňování a zrychlování artikulace TTTT, DDDD, TD TD TD, TDN, TDN, TDN apod.

Poté vyvozujeme hlásku (substituční metodou, využití pomocné hlásky *d*) v souhláskovém shluku „TR,, a „DR“, poté další souhl. shluky (např. „KR“, „HR“, „BR“, „VR“...), poté v dalších pozicích (individuálně podle schopností klienta), s využitím zpětné sluchové i zrakové vazby.

Snažím se podpořit vznik kmitné varianty vibračními masážemi jazyka pomocí rotavibrátoru, popř. gumičky, špátle nebo digitálně.

Postupně hlásku fixujeme (slabiky, slova, sousloví, věty,...čtení a reprodukce textu, popis obrázku...), posilujeme autokontrolu a autokorekci, až automatizaci ve spontánním projevu.

Průběžně pak motivuji klienta k domácímu nácviku a k vytrvání zejména při fázi automatizace.

**T: Jak postupujete při reedukaci dospělých s vadnou výslovností hlásky ř?**

K: Předpokladem je korektní artikulace kmitné hlásky *r*. Opět seznámím klienta s etiopatogenezí, nastíním průběh a délku terapie. Snažím se klienta motivovat. Zpřesnění orofaciální motoriky, nácvik fonematického uvědomění si vadné hlásky (diferenciace vadné výslovnosti a korektní realizace nejprve u druhé osoby, poté u sebe samého).

Vyvození hlásky (substituční metodou, s využitím pomocné hlásky *r*), „*zuby k sobě, zakulatit rty šeptem artikulovat souhláskový shluk „Tr“, „Dr“, zesílit výdechový proud, mělo by se ozvat „Tř“, „Dř“, s využitím zpětné sluchové i zrakové vazby.*

Poté postupně fixujeme (slabiky, slova, sousloví, věty,...čtení a reprodukce textu, popis obrázku atd.) až automatizace ve spontánním projevu.

Opět průběžně klienta motivuji k domácímu nácviku a k vytrvání zejména při fázi automatizace.

**T: Jaké pomůcky používáte při intervenci s dospělými s dyslalií?**

K: Logopedické zrcadlo, mikrofón (záznam zvuku), obrázkový materiál, texty, společenské hry.

**T: Jaké publikace či materiály používáte při intervenci s dospělými s dyslalií?**

K: Je toho mnoho. Často se odvíjí od zájmů klienta. Vždy se ale snažím, aby nešlo o „dětské“ pomůcky.

**T: Znáte nějaké publikace, specializované pouze na dospělé klienty?**

K: Žádná mě nyní nenapadá.

**T: Přehled české výslovnosti: logopedická a ortoepická cvičení pro dospělé od Pokorné a Vránové znáte?**

K: Ano, ale nepoužívám ji.

**T: Co motivovalo Vaše dospělé pacienty k návštěvě logopeda z důvodu korekce jejich dyslalie?**

K: Kvůli zaměstnání, podmínka přijetí ke studiu, osobnostní růst, narození potomka (správný řečový vzor pro vlastní dítě).

**T: Znáte důvody dospělých k ukončení terapie, aniž by došlo k jejímu úspěšnému konci?**

K: Kvůli příliš dlouhému procesu automatizace (spokojili se s tím, že hlásku cíleně zvládají) nebo pracovní vytíženosti.

**T: Jak dlouhá si myslíte, že je přibližná délka intervence dospělých s dyslalií vedoucí k zautomatizování správné výslovnosti?**

K: Je to velmi individuální. Podařila se nám automatizace *r* a *ř* po půlroce terapie, ale měla jsem v péči i klientku s reedukací velárního *r*, která trvala asi pět let. Velmi často ale klienti s terapií skončí dříve, než se korektní artikulace hlásky zautomatizuje.

**T: Jak častou doporučujete návštěvu dospělých klientů s dyslalií v případě reedukace jedné až dvou hlásek?**

K: Návštěvy přizpůsobuji velmi individuálně podle potřeb daného klienta (způsob domácího nácviku, pracovní vytížení, pokroky v terapii aj.). Průměrně chodí jednou za tři týdny (někdo co 14 dní, někdo jednou za měsíc). Zpočátku intenzivněji, postupně se frekvence návštěv prodlužuje.

**T: Jaké vidíte největší rozdíly v reedukaci dětí a dospělých klientů?**

K: U dospělých je výhodou jejich vlastní motivace a u dětí samozřejmě věk (vadná výslovnost je méně zafixovaná/zautomatizovaná).

**T: S jakými jinými narušeními komunikační schopnosti se setkáváte u dospělých klientů?**

K: Fatická porucha řeči, dysartrie, balbuties, tumultus sermonis, poruchy hlasu, poruchy polykání.

## **Příloha B: Přepis rozhovoru s respondentem L**

**Tazatel (T): Máte zkušenosti s reedukací dyslalie u dospělých klientů?**

L: Ano, do ordinace občas nějaký dospělý klient zavítá.

**T: Jaké procento Vašich klientů je přibližně zastoupeno dospělými s dyslalií?**

L: Myslím si, že mám tak 95 % klientů dětského věku, takže přibližně 5 %.

**T: Jakou hlásku mají nejčastěji Vaši dospělí klienti narušenou?**

L: Nejčastěji ř, r, pak ostré sykavky a jedna klientka měla narušené d, t, n.

**T: Jak postupujete při reedukaci dospělých s vadnou výslovností hlásky r?**

L: Stejně jako u dětí vyvozujeme r substituční metodou za použití hlásky d. S postupným zapojováním d místo hlásky r. Po slabikách zkoušíme slova, věty, popis obrázků. Jakmile se r vyvodí, zapojujeme do slov od nejlehčí po nejtěžší (v tu chvíli využívám rozčleněná slova od Dvořáka (Slovní patlavost), kde jsou i slova s hláskami r a l dohromady). Zapojujeme slova i do textů a vyprávění, snažíme se, aby klient používal nový vyvozený zvuk v co nejvíce situacích až dokud se mu zcela neautomatizuje.

**T: Popište prosím, jak postupujete při reedukaci dospělých s vadnou výslovností hlásky ř?**

L: Stejně jako u dětí, substituční metodou za použití hlásky d. S postupným zapojováním d místo hlásky r. Po slabikách zkoušíme slova, věty, popis obrázků. Jakmile se r vyvodí, zapojujeme do slov od nejlehčí po nejtěžší (v tu chvíli využívám rozčleněná slova od Dvořáka (Slovní patlavost), kde jsou i slova s hláskami r a l dohromady). Zapojujeme slova i do textů a vyprávění, snažíme se, aby klient používal nový vyvozený zvuk v co nejvíce situacích až dokud se mu zcela neautomatizuje.

**T: Jaké pomůcky používáte při intervenci s dospělými s dyslalií?**

L: Nejčastěji špátli, logopedické zrcadlo, případně rotavibrátor. Špátli jim dávám i domů, aby s ní mohli trénovat a navozovat kmity jazyka.

**T: Jaké publikace či materiály používáte při intervenci s dospělými s dyslalií?**

L: Cvičné texty od Treuové, Slovní patlavost od Dvořáka, Učíme se hlásku Kolmanová, Kašovská – vzadu jsou dobré texty, Logopedické pohádky, pro ty, kteří čtou dětem pohádky.

**T: Víte, co motivovalo Vaše dospělé pacienty k návštěvě logopeda z důvodu korekce jejich špatné výslovnosti?**

L: Měla jsem v péči pána, který chtěl výslovnost zlepšit z důvodu povolání a vlastního dítěte, slyšel se na nahrávce, tak se rozhodl, že to změní. Mladí dospělí ke mně dochází, když se chtějí hlásit na konzervatoř a jiné VŠ. Nyní mám v péči mladou matku, která své velární *r* chce zlepšit, protože se chce být správným vzorem pro své dítě. Jedna paní z Rumunska sem chodí se špatnou výslovností hlásek *h* a *ch*, chce umět správně česky.

**T: Znáte důvody dospělých k ukončení terapie, aniž by došlo k jejímu úspěšnému konci?**

L: Neznám, většinou klient prostě nedorazí na další sezení a už o něm víckrát neslyším, ale myslím si, že nemají dostatečnou motivaci, a pokud to nejde ihned, tak to vzdají.

**T: Jak dlouhá je přibližně délka intervence dospělých s dyslalií vedoucí k zautomatizování správné výslovnosti?**

L: Myslím si tak 10 měsíců až jeden rok. Záleží na osobnosti člověka, na jeho důvodech i na rozsahu a typu dyslalie. U dospělých často prodlužuje terapii nejistota v používání vyvozené hlásky na veřejnosti.

**T: Jak častou doporučujete návštěvu dospělých klientů s dyslalií v případě reedukace jedné až dvou hlásek?**

L: Dospělé s dyslalií objednávám jednou za 4 týdny, jelikož mám zkušenost takovou, že pokud dochází do ordinace častěji, o to méně cvičí doma sami.

**T: Jaké vidíte největší rozdíly v reedukaci dětí a dospělých klientů?**

L: Tak hlavně přístup ke klientovi. Samozřejmě se s klientem musím bavit na nějaké úrovni, nepoužívat dětskou mluvu, zdobnělínky a podobně. Dále je rozdíl ten, že dospělému můžu opravdu vysvětlit, co má dělat, jak to má dělat, jak to má vypadat a mluvit narovinu. U dětí přistupuji k intervenci nejčastěji formou hry, a většinou

samozřejmě ani děti nevědí, že zrovna nějakou činností procvičují určitou dovednost či hlásku.

**T: S jakými jinými narušeními komunikační schopnosti se setkáváte u dospělých klientů?**

L: Nejčastěji asi klienti s afázií, dysartrií, po cévních mozkových příhodách, mladší lidi s balbuties. Bohužel je ordinace kvůli schodům špatně dostupná, asi i proto mě nenavštěvuje velký počet seniorů či lidí s tělesným postižením.

## **Příloha C: Přepis rozhovoru s respondentem M**

**Tazatel (T): Máte zkušenosti s reedukací dyslalie u dospělých klientů?**

M: Ano, ale malou.

**T: Jaké procento Vašich klientů si myslíte, že je přibližně zastoupeno dospělými s dyslalií?**

M: Řekla bych tak 1 % procento.

**T: Jakou hlásku mají nejčastěji Vaši dospělí klienti narušenou?**

M: Klasicky *r*, *ř* a sykavky obou řad.

**T: Popsala byste mi prosím, jak postupujete při reedukaci dospělých s vadnou výslovností hlásky *r*?**

M: Při úvodním sezení začínám rozhovorem, podrobně klientovi vysvětlím problematiku, udělám analýzu korektního a nesprávného způsobu a místa tvoření hlásky. Pak klientovi vysvětlím, co je cílem. Nejdříve začínáme oromotorickými cvičeními, abych zjistila, jakou má klient orientaci jazyka v ústech. Zkoušíme zvětšování čelistního úhlu, elevaci hrotu jazyka, volný pohyb jazyka a lehké ťukání hrotem jazyka na alveolárním výběžku. Pokud s tímto vším není problém, zadávám artikulační cvičení: LA-LA, LA-DA, DA-DA, D-D-D, D-DN, T-DN, DN-DN. apod. Když u klienta po nějaké době vidím, že mu to jde, zkoušíme nácvik hlásky substituční metodou fixace hlásky *d* – slova, věty, texty plus zapojení do běžné řeči (což je většinou nejobtížnější).

**T: A když hláska nejde klientovi vyvodit?**

M: V tom případě zkoušíme po nějaké době rozkmitávání jazyka rotavibrátorem nebo prstem.

**T: A v případě hlásky *ř*, jak postupujete při reedukaci dospělých?**

M: Nejprve je nutná kontrola korektního tvoření hlásky *r*. Poté opět pro zjištění orientace jazyka v ústech provádíme oromotorická cvičení. Poté vyvozujeme hlásku substituční metodou z hlásky *r*: zuby na sebe (ideálně skus předních řezáků) a vyšpulit rty; lehce zašeptáme hlásku *r* a ozve se *ř*; poté trénujeme ve slabikách TRI-TRI, DRE-



DRE, DRI-DRI, KRU-KRU, HRU-HRU atd.; pokračujeme se slovy, větami, slovními spojeními, postupně zase až k automatizaci ve spontánním mluveném projevu.

**T: Jaké pomůcky používáte při intervenci s dospělými s dyslalií?**

M: Nejčastěji rotavibrátor, jelikož názorně ukáže klientovi, jak to v puse má přesně znít, dále logopedické sondy nebo počítačové programy.

**T: Jaké publikace nebo materiály používáte při intervenci s dospělými s dyslalií?**

M: Používám různé texty, obrázky (ale ne s dětskou tematikou), časopisy, knihy (ideálně dle zájmů daného klienta).

**T: Víte o nějakých publikacích, specializovaných pouze na dospělé klienty?**

M: Ano, *Přehled české výslovnosti*, ale knihu nemám, takže bohužel nepoužívám. Nebo také Vyštejn (Vady výslovnosti, 1991) má na konci reedukace každé hlásky přehled slov a vět, které lze využít i pro dospělé.

**T: Znáte motivaci Vašich dospělých pacientů k návštěvě logopeda z důvodu korekce jejich dyslalie?**

M: Většinou je to z důvodu jejich povolání (buď práce vyžaduje komunikaci s lidmi, nebo chtějí změnit pracovní pozici), vztahu, když se hlásí na vysokou školu anebo chtějí být dobrým vzorem pro jejich vlastní dítě.

**T: Jaké jsou důvody dospělých k ukončení terapie, aniž by došlo k jejímu úspěšnému konci?**

M: Často je odradí dlouhá doba vyvozování nebo nezdar. Nejde jim to tak rychle, jak by si představovali a to je demotivuje.

**T: Jak dlouhá si myslíte, že je přibližná délka intervence dospělých s dyslalií vedoucí k zautomatizování správné výslovnosti?**

M: Z mých dosavadních zkušeností, od půl roku, roku až tři roky. Záleží na motivaci a obtížnosti hlásky.

**T: Jak častou návštěvu doporučujete dospělým klientům s dyslalií v případě reedukace jedné až dvou hlásek?**

M: Z počátku ideálně jednou za 14 dní, po zvládnutí a osvojení si korektního způsobu nácviku stačí jednou měsíčně.

**T: Jaké vidíte největší rozdíly v reedukaci dětí a dospělých klientů?**

M: Dospělý klient lépe chápe způsob, celkovou problematiku, ale má již letité nekorektní návyky, které se hůře odbourávají. Vyžaduje to větší vlastní disciplínu a motivaci. Dětské klienty se dají motivovat lépe, např. odměnou.

**T: S jakými jinými narušeními komunikační schopnosti se setkáváte u dospělých klientů?**

M: Převážně afázie, balbuties, dysartrie či tumultus sermonis.

## **Příloha D: Cvičná slova z druhého sezení**

Cvičná slova: vítđ, svetđ, lotđ, fild, metđ, litđ, petđžel, metđo, hadd, náddž, bobđ, obđ, obduč, kapđ, opdava, hamđ, fofđ, kufđ, cukđ, bagđ, mokdé, výhda, sdđ, sdnka, sddce, sdst, zdak, zdalý, čdtá, šdoub, šdoubovák, zdalok, obdaz, pozddav, modđý, zpdáva, afdika, zítđ, zahdada, cvdček, hadfa, badvy, kadtáč, badák, dádek, mŭda, bačkody, pádek, čadoděj, pídko, čedvená, hodké pádky, ddak a ddáček, tdiko a tdičko, tdouba a tdubka, bdouk a bdouček, kdk a kdček, pdinc a pdincezna.

## **Příloha E: Cvičná slova z třetího sezení**

Trp, trpký, trpí, trpce, trpělivě, trpět, trpný, trpaslík, trpítel, trk, trká, trkne, trknout, trh, trhat, trhnou, trn, trní trny, trnout, Trnová, Trnava, Trnávka, trčí, trčet, trs, tržba, tržnice, tržit, trmácí, trvá, trvalý, trvanlivý, trdlo, trdlice, trubka, trůn, trubač, trubec, trubice, truhla, truhlík, truchlivý, trochu, trojka, trosky, trošku, troubí, troud, trousí, trám, trap, trať, trápí, trafika, tráva, trávník, trapně, trapič, trampoty, trefa, trefí, treпка, treska, trenky, trest, tréma, trénovat, trik, trio, trysk, trýzeň, mistr, alabastr, strč, strk, strnad, strpení, strčil, petrklíč, utržil, kotrmelec, utrhnul, strnul, chatrč, strhnul, strhal, strkat, čtrnáct, nepatrný, chatrný, opatrně, netrpí, strniště, otrhá, zatrhne, chytrá, pátrá, patro, jitro, otrava, potrava, potraviny, zítra, citron, ostrý, struhy, nástroj, zatroubil, utrousil, struna, strava, straka, stráň, strašný, strach, stráž, starosti, stránka, stroj, strom, strp, stručně, stroupek, strouhá, strejda strýc, strýček, ztrestal, ztrácí, drb, drbá, drk, drká, drkot, drc, drcení, drsný, drzý, drzost drhne, drhnout, drť, drtí, drtič, drtiny, drn, drnk, drnká, drnčí, drncá, drží, držák, drmolí, druh, druhý, družný, družina, družba, družstvo, drůbež, drob, drobek, drobeček, drobné, drobivý, drobnosti, drobnohled, droboučký, drobounký, dráb, drát, drátek, drak, dráček, dráha, drahý, dravec, drama, drásat, draze, draho, dráždí, drenáž, drezína, drezúra, dril, hadr, pudr, mudrc, zadrhne, jadrný, modrý, moudrý, hudruje, hadrový, zdravý, nádraží, zdržel, nadrtí, vydržel, zadržel, zdrcený, vydra.

## **Příloha F: Cvičná slova ze sedmého sezení**

lyra, role, roleta, ruleta, gorila, roláda, korále, cholera, regule, rogalo, lyrika, vrtule, mrholí, orlice, král, gril, zrál, flirt, malér, dolar, korál, Libor, regál, horal, Karel, drdol, brloh, Rudolf, perla, berla, rokle, larva, libra, Karlík, rychle, ringle, rychlík, rohlík, lektor, kastrol, prskal, strnul, truhla, prádlo, brusle, rendlík, krychle, orel, orloj, brýle, Klára, zralý, králík, klavír, zradil, hrdlo, Kreml, lustr, filtr, problém, průklep, průhled, průplav, blinkr, sklárna, strnul, zkrátil, prasknul, perlivý, perlový, trhlina, patrola, kultura, reklama, velryba, troleje, petrolej, rypadlo, karamel, generál, normální, morálka, Polárka, balírna, protokol, krokodýl, truchlivý, pralinka, telegram, kontrola, lumpárna, pravidlo, prokletý, průmysl, karambol, kardinál, krotitel, prohlídka, kriminál, klarinet, vrtulník, struhadlo, glycerin, skleróza, trpaslík, prasklina, petrklíč, Kraslice, zarostlý, jítrocel, kavalír, drobnohled, prstoklad, škarohlíd, Karolína, vytrvalý, vytrhaný, malárie, milodary, hrbolatý, propletený, republika, okoralý, materiál, rozzlobený, rozlomený, rozlitý, rozladěný, protiklad, prohlášení trampolína, kolovrátek, kratochvíle, modrobílý, kotrmelec, trpělivý, kormidelník, červenobílý, kilogram, rozuzlení, rybolov, parolod', rokenrol, revolver, kreslárna, legrace, Karkulka, kremrole, pravolevý, minerální, smrtelný, paroplavba, pravdomluvný, marmeláda, krkolomný, Kleopatra, kudrlinky, cirkulárka, leporelo, regulérní, rychlodráha, elektrárna, perlorodka, králíkárna, lateralita, radiolokátor, neproniknutelný. Po prvním přečtení všech slov mu největší problém dělala slova petrolej, Polárka, balírna, telegram, kardinál, skleróza, kavalír, klarinet, malárie, parolod', rokenrol, revolver, cirkulárka, lateralita a perlorodka.

## **Příloha G: Cvičná slova z osmého sezení**

Kontrolní prohlídka, perlový náhrdelník, klavírní virtuóz, Karlovarský porcelán, orchestrální skladba, prohlídka elektrárny, Liborovy brýle, královna Kleopatra, litr petroleje, krotitel krokodýlů, nenapravitelný lotr, perlivá minerálka, rozzlobený kormidelník, pravidla rulety, krkolomný kotrmelec, mikrovlnná trouba.

Jarmila ztratila brýle. Karolína trhala ryngle. Zrcadlo se rozbilo. Parolod' ztroskotala. Marcela rozlila minerálku. Vrátil rozbitý kolovrátek. Opravil rozladěný klavír. Královna Kleopatra ztratila náhrdelník. V brázdě sedí černá vrána. Na trhu prodávají trhovci. Strýc Karel bydlí v Praze. Mírek rád hraje karty.